

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE
POUR LE

N°
243

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Charles-Théophane-Jean-Marie MACHOIRE

Né le 26 octobre 1912, à Aveluy (Somme)

*Ancien Interne des Hôpitaux d'Amiens
Ancien Prosecteur à l'Ecole de Médecine*

Présentée et soutenue publiquement le ~~8~~ **8** ~~JUIL~~ **JUIL** 1942...1942

Les
hernies obturatrices étranglées

Etude opératoire
Exposé d'un nouveau procédé

Président : M. Jean QUÉNU, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE
2, rue Casimir-Delavigne
1942

512

1068

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

N°.....

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

Charles-Théophane-Jean-Marie MACHOIRE

Né le 26 octobre 1912, à Aveluy (Somme)

Ancien Interne des Hôpitaux d'Amiens
Ancien Prosecteur à l'Ecole de Médecine

Présentée et soutenue publiquement le1942

Les
hernies obturatrices étranglées

Etude opératoire
Exposé d'un nouveau procédé

Président : M. Jean QUÉNU, Professeur

PARIS
Librairie LOUIS ARNETTE
2, rue Casimir-Delavigne
1942

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	PASTEUR-VALLERY-
	RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	HARVIER.
Clinique des maladies des enfants	CATHALA.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	Robert DEBRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LAIGNEL - LAVASTINE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	MONDOR.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	CADENAT.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	PORTES.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	SANNIÉ.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES ...	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.	LANTUÉJOUL .	Obstétrique.
BONNET	Bactériologie.	LAVIER	Parasitologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LENÈGRE	Pathologie médicale.
CACHERA	Pathologie médicale.	M ^{lle} J. LÉVY ..	Pharmacologie.
CORDIER	Anatomie.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
COUVELAIRE		MOLLARET ...	Pathologie médicale.
(Roger)	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DELAY	Pathologie médicale.	PETIT-DUTAIL-	Pathologie chirurgicale.
DEGREZ (H.)..	Physique.	LIS	
DESOILLE	Médecine légale.	RENARD	Ophtalmologie.
DIGONNET	Obstétrique.	RICHET	Physiologie.
DOGNON	Physique.	SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BREN-		SOULIE	Pathologie médicale.
TANO	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
GALLIARD	Parasitologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} GAUTHIER-			
VILLARS ...	Anatomie pathologique		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LE LORIER ...	Obstétrique.
CHAILLEY-		NEVEU-	
BERT	Physiologie.	LEMAIRE ...	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HUGUENIN...	Anatomie pathologique.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		DE GAUDART	
CHEVALLIER.		D'ALLAINES.	
LAROCHE (G.).		MOULONGUET.	
LIAN		MCURE.	
MOREAU.			
SÉZARY.			
MM.	ECALLE. VIGNES.	Clinique obstétricale.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*En témoignage de ma grande reconnaissance;
qu'elle trouve ici l'expression de mon amour
filial.*

A MA SŒUR

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN QUENU

Professeur de pathologie chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Broussais - La Charité
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Pour le remercier du grand honneur qu'il
m'a fait en acceptant la présidence de cette
thèse.*

*En hommage respectueux et en témoignage
de reconnaissance pour son précieux enseigne-
ment.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN CARAVEN

Professeur de Clinique chirurgicale

à l'Ecole de Médecine d'Amiens

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Je suis heureux d'avoir pu apprécier en lui
et l'homme et le chirurgien. Il fut pour moi
un Maître qui m'a témoigné la plus grande
bienveillance.*

En respectueuse admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTEFEUILLE

Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Amiens

Professeur de pathologie interne

Chevalier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de gratitude pour la bien-
veillance qu'il m'a prodiguée.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GÉRARD PERDU

Professeur d'anatomie à l'Ecole de Médecine

*J'ai eu l'honneur d'être son aide d'anatomie
et son prosecteur.*

Je le remercie pour sa cordiale bienveillance.

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE

ET DES HOPITAUX D'AMIENS

EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR DE BUTLER D'ORMOND

MONSIEUR LE DOCTEUR SOURDAT

MONSIEUR LE DOCTEUR BAX

INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR LOYGUE

MONSIEUR LE DOCTEUR POULAIN

MONSIEUR LE DOCTEUR CARAVEN

MONSIEUR LE DOCTEUR PARIS

*Pour les remercier du précieux enseignement
qu'ils nous ont donné.*

A MES AMIS :

LE DOCTEUR ROBERT BEAUMONT

LE DOCTEUR FÉLIX MARESSELLE

JACQUES POULAIN

Externe des Hôpitaux de Paris

A MES CAMARADES DE LA SALLE DE GARDE
D'AMIENS

En souvenir des temps heureux.

INTRODUCTION

Un diagnostic difficile qui, même actuellement, n'est fait qu'environ dans la moitié des cas, « une thérapeutique chirurgicale enveloppée par une atmosphère d'incertitude » (BONNET), ont toujours donné à la hernie obturatrice étranglée une des réputations les plus sombres de toutes les affections chirurgicales.

Elle rassemble parfois le maximum d'ennuis qu'un chirurgien puisse voir surgir : diagnostic hésitant ou même impossible, ignorance d'une voie d'abord rationnelle et adéquate chez des malades dont le plus souvent l'état est précaire. Ainsi WILMS, en 1914, condamnait encore (certainement avec exagération) tout malade atteint de hernie obturatrice étranglée. Mais depuis quelques années, le diagnostic en est fait plus souvent et le pronostic s'en est amélioré. Elle demeure cependant grevée d'une lourde mortalité.

Depuis le mémoire classique de PICQUÉ et POIRIER, publié en 1891, seule la symptomatologie de cette hernie a donné lieu à un travail d'ensemble (PAVLOFF, *Thèse*, 1922). Sa thérapeutique chirurgicale a été étudiée par les opérateurs qui ont été mis en présence

de cet étranglement rare, mais ils se sont livrés à un exposé isolé de la voie qu'ils ont adoptée, la considérant le plus souvent comme idéale ou tout au moins de choix. Ils ont délaissé l'étude comparative et critique des différentes techniques, si bien que nous n'avons pas connaissance d'un travail où l'analyse des avantages et inconvénients de ces différentes voies est mené parallèlement, en un tableau d'ensemble.

De plus, ainsi que l'écrivent COTTALARDA et ESCARRAS, « dans aucun travail français, on ne trouve de technique vraiment étudiée systématiquement dans le but de rechercher la possibilité et l'utilité du temps obturateur ».

Cependant c'est cette voie qui nous paraît être la plus logique.

Nous nous efforcerons de combler ces quelques lacunes.

Cette entreprise aurait été périlleuse, nous l'aurions d'ailleurs, en dehors des circonstances suivantes, délaissée si nous n'avions vu cette hernie éclairée par un jour complètement nouveau.

Notre maître, M. le Professeur CARAVEN, mis dans son service en présence d'une occlusion, pratique une laparotomie et constate une hernie obturatrice étranglée; par la voie employée il est impossible d'obtenir le moindre résultat. Le malade, sans voix et presque sans pouls, a l'aspect d'un moribond. Il faut agir et agir vite. La kélotomie classique ou associée devant

l'irréductibilité de l'anse, comportera des inconvénients. Pourrait-on aujourd'hui mener à bien et complètement cette intervention par une autre technique ? Cette question reçut rapidement sa solution : la résection ilio-pubienne.

L'incertitude qui entourait la thérapeutique chirurgicale de cette hernie nous paraissait s'estomper et nous pouvions commencer ce travail.

Auparavant, nous avons consulté un certain nombre de chirurgiens : MM. les Professeurs MOCQUOT, MONDOR, QUÉNU, MOULONGUET; les docteurs LABEY, BRÉCHOT, CAUCHOIX ; dans les hôpitaux d'Amiens : MM. les Docteurs DE BUTLER, POULAIN, PARIS, SOURDAT.

Un certain nombre de questions se posaient : dans le cas où ces chirurgiens avaient rencontré une hernie obturatrice, par quelle voie étaient-ils intervenus, quelles avaient été les difficultés rencontrées ? Connaissaient-ils, enfin, une utilisation préalable de la voie pratiquée par notre maître ? A cette dernière question, tous nous ont répondu négativement, certains d'entre eux avaient d'ailleurs déjà connaissance de l'observation publiée à l'Académie de Chirurgie par M. le Professeur CARAVEN et considéraient cette technique comme étant entièrement justifiée.

Nous tenons à les remercier tous pour le bienveillant accueil qu'ils nous ont réservé.

Nous n'avons pas eu la chance que chacun de ces chirurgiens ait rencontré une hernie obturatrice.

Nous avons rassemblé à la fin de cette étude les rares observations qui nous ont été communiquées.

Notre travail sera ainsi conduit :

Premièrement : Notions anatomiques. Il nous paraît indispensable de faire précéder cette étude opératoire d'un bref rappel des notions anatomiques relatives à la région obturatrice, en insistant plus particulièrement sur les rapports vasculaires qui constituent le guet-apens de cette intervention.

Deuxièmement : Etude anatomo-pathologique, au cours de laquelle nous montrerons en particulier la variabilité des rapports du collet et des vaisseaux.

Troisièmement : Grâce à certains faits anatomiques et anatomo-pathologiques, nous rechercherons pourquoi ces hernies sont rencontrées avec une particulière fréquence chez la femme.

Quatrièmement : Nous exposerons les différentes conditions qui amènent à intervenir pour ces hernies.

Cinquièmement : Nous étudierons les voies d'abord qui ont été utilisées :

a) Voies d'abord isolées :

- la voie crurale;
- la voie abdominale;
- la voie inguinale.

b) Voies d'abord combinées :

- voie abdomino-crurale;
- la laparotomie sus-crurale, complétée par voie obturatrice;
- voie crurale obturatrice de Luzes.

Il nous sera ainsi possible d'analyser parallèlement les avantages et inconvénients de ces différentes voies.

Sixièmement : Description d'une nouvelle voie d'abord : voie crurale avec résection ilio-pubienne (CARAVEN). L'étudiant d'après :

1° Son utilisation sur le vivant;

2° Les travaux que nous avons faits sur le cadavre.

Nous montrerons les avantages considérables qu'elle présente.

Septièmement : Exposé de la conduite à tenir devant une hernie obturatrice étranglée.

Huitièmement : Nous donnerons les quelques observations qui nous ont été communiquées.

Neuvièmement : Nous avons le plus souvent délibérément délaissé les statistiques données, car elles nous paraissent trop variables suivant les auteurs. C'est pourquoi, à la fin de cette étude, nous placerons un tableau récapitulatif d'un certain nombre d'observations publiées, que nous grouperons d'après les voies d'abord utilisées. Il sera facile de s'y reporter pour considérer les différents inconvénients rencontrés par les opérateurs.

Dixièmement : Conclusions.

Nous tenons à remercier vivement MM. les Professeurs CARAVEN et QUÉNU.

M. le Professeur CARAVEN, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine d'Amiens, fut pour nous un maître d'une affectueuse bienveillance.

Au cours de ce travail, son aide nous fut précieuse; il nous a guidé dans nos travaux à l'amphithéâtre. Il est juste qu'il trouve ici l'expression de notre déférente reconnaissance.

Mais nous nous souvenons aussi que M. le Professeur QUÉNU nous a décidé à entreprendre ce travail sur les hernies obturatrices, nous en montrant tout l'intérêt.

Nous avons pu, lors d'un court internat dans son service, à l'hôpital Bon Secours, profiter de l'expérience de ce maître; à l'occasion de ce travail, il nous l'a à nouveau prodiguée. D'un Traité de technique qu'il doit faire paraître, il a bien voulu nous communiquer les pages concernant cette question.

Nous lui demandons de bien vouloir accepter notre respectueuse gratitude.

Notions anatomiques

La région ischio-pubienne ou obturatrice, et en particulier le canal sous-pubien, qui nous intéresse plus directement, sont parfaitement connus. PICQUÉ et POIRIER en ont donné, au sujet de leur étude sur les hernies obturatrices, dans la *Revue de Chirurgie* de septembre 1891, une description demeurée classique.

Nous nous bornerons à une étude rapide des divers éléments qui constituent et traversent le canal sous-pubien. Etude qui ne présente d'intérêt ici que si elle est menée par rapport à l'anatomie pathologique et aux voies d'abord de cette hernie.

LA CONSTITUTION DU CANAL SOUS-PUBIEN

Le canal sous-pubien est un défilé ostéo-fibreux long de 3 centimètres environ, oblique en bas, en dedans et en avant, faisant communiquer la cavité pelvienne avec la partie antéro-interne de la cuisse.

Il est délimité par les divers éléments qui constituent et ferment le trou obturateur.

Du cadre osseux du trou obturateur nous retenons seulement la branche horizontale du pubis. Dans sa

partie externe, elle est étendue d'avant en arrière, large, elle forme la partie de la cavité cotyloïde qui répond à la corne antérieure. Dans sa partie interne elle est formée par une lame épaisse, quadrilatère, dirigée de haut en bas. La différence de direction de ces deux parties résulte d'une torsion incomplète de la branche autour de son axe horizontal, si bien qu'elle est rétrécie à sa partie moyenne et constitue une gouttière à direction oblique en dedans, en bas et en avant. Des deux lèvres qui limitent cette gouttière sous-pubienne, l'une est antérieure, cotyloïdienne; l'autre, postérieure, pelvienne. La gouttière elle-même est large de deux centimètres.

Sur une coupe, cette partie moyenne de la branche apparaît prismatique, triangulaire, et présente deux faces extra-pelviennes, l'une antéro-supérieure ou pectinéeale, l'autre antéro-inférieure, c'est la gouttière sous-pubienne à concavité supérieure; la troisième est la face pelvienne.

Sur le pourtour du cadre osseux est tendue une toile résistante qui, à juste titre, peut porter le nom de membrane obturatrice interne. Elle comble la plus grande partie du trou obturateur, laissant la partie supérieure libre. A ce niveau elle s'épaissit en ligament de Günse, qui limite en arrière la paroi inférieure du canal sous-pubien.

La membrane dite obturatrice externe n'est formée par contre que par des ligaments, et sa morphologie ne permet pas de la qualifier de membrane. Elle est

constituée par un faisceau principal : c'est le petit ligament antérieur du trou obturateur (VINSON) ou bandelette sous-pubienne (TESTUT) qui va s'élargis-

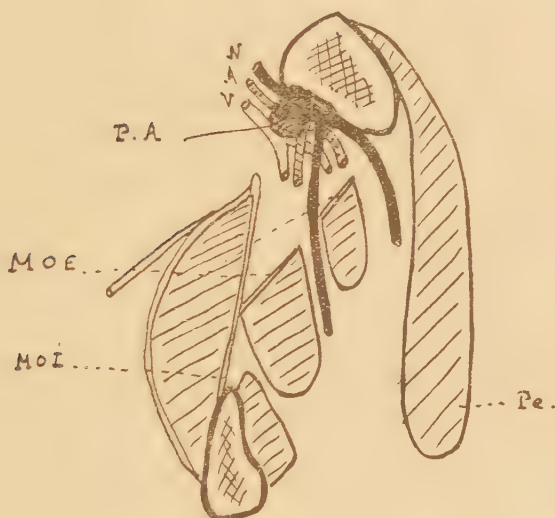


FIG. 1. — COUPE DU CANAL SOUS-PUBIEN
ET DE LA RÉGION OBTURATRICE
(D'après Grégoire et Oberlin)

MOI — Membrane obturatrice interne et ligament de Günse.

MOE — Les deux faisceaux de la membrane obturatrice externe.

PA — Le peloton adipeux.

sant de dehors en dedans, et par un faisceau accessoire situé au-dessus et en avant du précédent, il est plus étroit que lui.

Tandis que le faisceau accessoire demeure séparé de la membrane obturatrice interne, le ligament de Vinson présente un bord inférieur découpé par des arcades et ses différents piliers s'insèrent sur la membrane obturatrice interne.

Ce dispositif membraneux est recouvert par les muscles obturateurs. La face endo-pelvienne de la membrane obturatrice interne répond ainsi au muscle obturateur interne qui prend insertion sur elle. Sur la face crurale du faisceau accessoire s'insère le faisceau supérieur de l'obturateur externe, d'où son nom d'arcade d'insertion du muscle obturateur externe et sur la même face du ligament de Vinson le faisceau moyen du même muscle.

La face exo-pelvienne de la membrane obturatrice externe demeure ainsi libre d'insertions musculaires, le faisceau inférieur du muscle obturateur externe ne faisant que glisser sur elle.

Cette étude nous permet de constater les particularités suivantes que nous retrouverons lors de l'étude anatomo-pathologique **des hernies obturatrices** :

1° Sur une coupe sagittale, les membranes obturatrices ont la forme d'un Y.

2° Entre les faisceaux membraneux antérieurs existe un hiatus qui se prolonge par l'interstice ménagé entre les deux faisceaux supérieurs de l'obturateur externe.

Le canal sous-pubien, créé par ces différents éléments, apparaît sur une coupe sagittale comme étant

triangulaire à base supérieure et à sommet inférieur (schéma n° 1).

Sa base est la face antéro-inférieure de la branche pubienne. Son sommet est l'angle résultant de la jonction des deux membranes obturatrices. La paroi postérieure, continue, résistante, est formée par la partie supérieure de la membrane obturatrice interne, doublée de son muscle, par contre la paroi antérieure présente l'hiatus entre les deux faisceaux supérieurs de l'obturateur externe.

L'orifice postérieur est ovalaire, son grand axe est parallèle à la branche horizontale du pubis, sa grosse extrémité antérieure. Normalement c'est un orifice de 15 mm. de longueur sur 10 mm. de hauteur (Tessier), limité en haut par la lèvre postérieure de la gouttière sous-pubienne, en bas par l'arcade fibreuse (ligament de Günse) sur laquelle s'insère l'aponévrose de l'obturateur interne. Il est recouvert sur sa face pelvienne par le péritoine doublé du tissu cellulaire sous-péritonéal, il répond en dedans au bord de la vessie, en dehors et en haut à l'artère ombilicale; ainsi il est situé sous la fossette inguinale interne.

L'orifice antérieur ou fémoral est circonscrit en haut par la lèvre antérieure de la gouttière, en bas par le bord libre du faisceau supérieur de la membrane obturatrice externe, doublé sur sa face crurale du faisceau supérieur de l'obturateur externe.

Le canal sous-pubien est plus large en dehors qu'en dedans, ce fait est dû à ce que la bandelette sous-

pubienne et la membrane obturatrice ont une direction convergente de dehors en dedans, la bandelette prenant même quelques insertions à ce niveau sur la membrane.

LE CONTENU DU CANAL SOUS-PUBIEN

Les éléments vasculo-nerveux qui traversent le canal sont schématiquement étagés de haut en bas dans l'ordre suivant : nerf obturateur, artère et, enfin, veine obturatrices.

Dans sa portion pelvienne, le nerf obturateur est oblique en bas et en avant, s'écartant ainsi peu à peu du détroit supérieur pour s'engager dans l'orifice profond du canal. L'artère obturatrice, qui a la même direction, descend plaquée contre l'aponévrose pelvienne, d'abord à distance du nerf, progressivement s'en rapproche. Ainsi à l'entrée du canal sous-pubien, les trois éléments sont dans l'ordre que nous avons donné.

Normalement, la veine est unique, mais parfois l'on rencontre une veine supérieure accessoire qui, après avoir enjambé le nerf obturateur, se jette dans la veine iliaque externe.

Il existe des variations de l'artère obturatrice. Normalement, elle s'anastomose avec l'épigastrique, anastomose qui demeure en dedans du nerf obturateur, se porte en haut derrière le ligament de Gimbernat. Dans certains cas cette anastomose très volu-

mineuse constitue en réalité le tronc même de l'obturatrice. Ce mode d'origine s'observe une fois sur trois.

Immédiatement avant son entrée dans le canal, l'artère donne un rameau pubien qui se dirige en

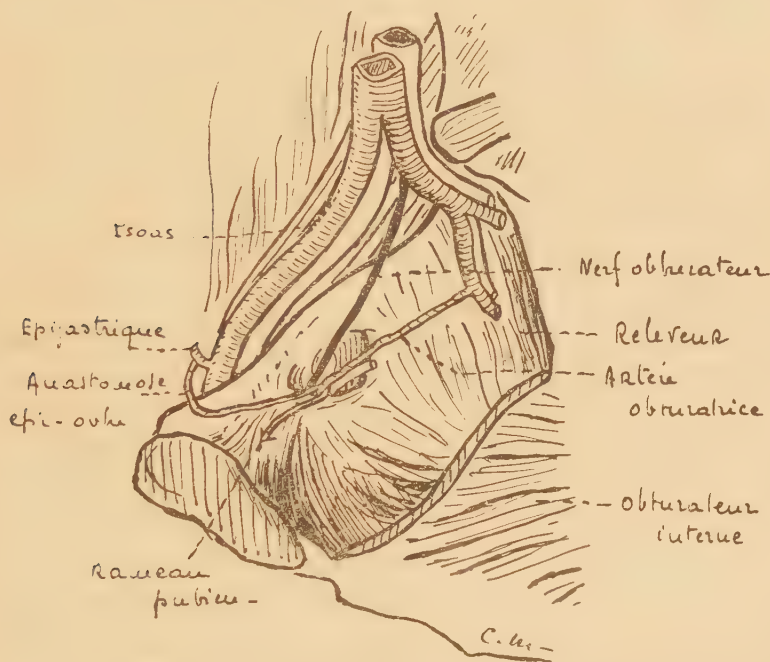


FIG. 2. — RAPPORTS VASCULAIRES DU CANAL SOUS-PUBIEN
(D'après Poirier)

Le paquet vasculo-nerveux obturateur.

dedans, s'anastomosant en arrière du pubis avec celui du côté opposé. D'autres rameaux destinés à l'obturateur externe peuvent naître aussi dans cette région. Il existe ainsi un demi-cercle artériel autour de la partie interne et inférieure de l'orifice profond.

Dans le canal même, ces éléments vasculo-nerveux tendent à se séparer. Le nerf demeure l'organe situé le plus haut, immédiatement au contact de l'os; il se divise en ses deux branches, la supérieure sort du canal par son orifice externe, l'inférieure dans l'interstice supérieur de l'obturateur externe. L'artère devient interne par rapport au nerf, se divise en ses deux branches terminales qui demeurent profondes, s'anastomosent, cernant le trou obturateur.

La veine plus basse est dans l'angle dièdre formé par le nerf en dehors, l'artère en dedans.

Dans la partie inférieure du canal existe un peloton adipeux qui appartient à « la traînée de tissu cellulo-grasieux dont sont enveloppés les vaisseaux, traînée qui communique en dedans avec le tissu de l'espace pelvi-rectal supérieur, en dehors avec les nappes cellulaires inter-musculaires ». (ROUVIÈRE.)

LES ELEMENTS QUI RECOUVRENT LE CANAL SOUS-PUBIEN

Le pectiné, formé par deux plans d'insertion, cache par sa partie supérieure l'orifice antérieur du canal sous-pubien; sa partie inférieure s'applique sur les faisceaux supérieurs de l'obturateur externe. Anormalement, il est relié à l'obturateur externe par un faisceau.

Sur sa face profonde descendent les branches supérieure et inférieure du nerf obturateur après leur émergence.

Le moyen adducteur est sur le même plan que le pectiné. Son bord externe longe le bord interne du pectiné, le premier pouvant recouvrir le second, mais on peut facilement les séparer.

*
**

De cette étude anatomique, on peut tirer certaines déductions qui sont de grande importance.

1° La hernie obturatrice est une hernie profondément située.

2° Les orifices du canal sous-pubien sont cerclés par des éléments résistants, inextensibles et d'un abord difficile.

3° Il existe, entourant l'orifice profond du canal, un demi-cercle artériel, parfois même un cercle complet.

De plus, la constitution du canal rend facilement compte des différentes variétés de hernies obturatrices pouvant exister.

Enfin, l'on retrouvera certaines particularités anatomiques de la région lorsque nous étudierons suivant quel mécanisme se produisent ces hernies.

Anatomie pathologique

LES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS DE HERNIES OBTURATRICES

PICQUÉ et POIRIER avaient distingué 3 variétés de hernies obturatrices :

1^{re} VARIÉTÉ. — La hernie parcourt le canal sous-pubien dans toute son étendue et émerge par l'orifice externe du canal entre le bord supérieur de l'obturateur externe et la branche horizontale du pubis.

2^e VARIÉTÉ. — La hernie parcourt également le canal sous-pubien dans toute son étendue, mais elle en sort entre les faisceaux supérieur et moyen de l'obturateur externe. « Elle est alors bridée, cravatée par ce double faisceau musculaire. » (LEJARS.)

Comme dans la première variété, la hernie est complète.

3^e VARIÉTÉ. — La hernie ne fait pas saillie au niveau de l'orifice externe du canal, le sac, au contraire, s'infiltre de haut en bas entre l'obturateur externe et l'obturateur interne. Elle demeure tout entière en arrière de l'obturateur externe.

C'est une hernie incomplète ou hernie imperfecta de Rust.

Si cette classification de PICQUÉ et POIRIER rend compte des variations de la hernie par rapport au canal sous-pubien et à ses différents orifices de sortie, par contre elle ignore complètement l'existence du pectiné qui, cependant, est de grande importance au point de vue opératoire.

C'est pourquoi nous préférons la classification de ROCHARD qui répond beaucoup plus à cette dernière exigence. Cet auteur distingue :

1° HERNIE INTERSTITIELLE. — La hernie reste engagée dans le canal sous-pubien, dans certains cas elle descend entre les deux membranes comblant le diverticule, elle répond à la 3^e variété de PICQUÉ et POIRIER.

2° HERNIES RÉTRO-PECTINÉALES. — Elles émergent du canal sous-pubien, soit par l'orifice externe du canal (1^{re} variété), soit par l'interstice musculo-membraneux sous-jacent (2^e variété).

La hernie demeure profonde.

3° HERNIE ANTÉ-PECTINALE. — Elle traverse l'interstice pectiné-moyen adducteur et devient superficielle.

A ces variétés nous ajouterons les deux suivantes, qui sont excessivement rares et dont l'existence est même discutée :

HERNIE CENTRALE. — Elle traverse le muscle obturateur interne et son aponévrose sous l'orifice du canal sous-pubien. CLOQUET en a fourni une observation et la pièce est au musée Dupuytren.

HERNIE COTYLOÏDIENNE. — Engagée dans le canal sous-pubien, elle passe entre les tubercules obturateurs et ensuite sous le ligament transverse de l'acétabulum. Elle aurait été rencontrée par FISCHER et l'on n'en connaît pas d'autre observation.

Son existence a été mise en doute par POIRIER.

FREQUENCE DE CES DIFFERENTES VARIETES.

Les deux dernières variétés étant mises à part, c'est la hernie rétro-pectinéale que l'on rencontre le plus souvent. Mais elle-même comprend les première et deuxième variétés de PICQUÉ. Demeurée longtemps méconnue, la deuxième variété a été révélée par de nombreuses observations. AUERBACH et FISCHER l'ont même considérée comme étant la plus fréquente. D'après l'ensemble des observations publiées, il semble que ce soit faux.

De toutes, c'est assurément la hernie complète faisant issue par l'orifice crural du canal sous-pubien qui est la plus fréquente, vient ensuite la 2^e variété de PICQUÉ et POIRIER.

La hernie anté-pectinéale est beaucoup plus rare.

Il y a lieu de signaler enfin l'association fréquente de la hernie obturatrice et d'une autre variété de hernie, surtout crurale; on connaît également des observations de hernies obturatrices doubles.

ETUDE DU SAC, DES RAPPORTS DU COLLET ET DU CONTENU DE LA HERNIE

1° LE SAC HERNIAIRE.

Il est petit, le plus souvent comparable à un œuf de pigeon, cependant il peut être volumineux. VELPEAU a signalé une hernie obturatrice du volume d'une tête d'adulte et SANTIAGO en a observé une qui descendait jusqu'au genou. Sans crainte d'erreur, l'on peut affirmer que l'on a peu de chances de rencontrer des hernies obturatrices aussi criardes.

Généralement ce sac est mince. Au contraire, dans le cas observé dans le service, il était épais.

Le plus souvent, il est précédé d'un lipome.

2° LE COLLET DU SAC, SES RAPPORTS.

Il est situé au niveau de l'orifice pelvien du canal sous-pubien et présente avec le paquet vasculo-nerveux obturateur des rapports étroits, importants.

Dans la disposition courante, le nerf est en dehors, l'artère également en dehors, mais recouverte par la partie la plus externe du collet; la veine demeure en arrière. Toutefois ce sont des rapports qui sont soumis à de fréquentes variations.

Ainsi ENGLISH a trouvé l'artère 16 fois en dehors du collet, 9 fois en dedans, 9 en arrière, 1 en avant.

Le paquet vasculo-nerveux peut être tout entier en dedans, ses éléments être dissociés par la hernie, et la partie inférieure du collet est parfois embrassée par la bifurcation de l'artère obturatrice.

De plus l'anastomose de l'obturatrice et de l'épigastrique et le rameau pubien forment un demi-cercle inféro-interne entourant le collet; parfois, ainsi que nous l'avons vu, cette anastomose constitue même l'origine de l'obturatrice.

Enfin, dans certains cas, c'est un cercle artériel complet qui ceint le collet.

Ainsi, pensant au débridement de la hernie, nous préférons admettre que le collet est entouré par un cercle artériel complet; en effet, comment pourrait-on deviner l'éventualité qui doit se présenter si on ne l'a pas sous les yeux. Nous admettons ce cas car on peut « trouver l'artère obturatrice — elle-même — sur tous les côtés du sac » (LEJARS).

3° LE CONTENU DE LA HERNIE.

La hernie obturatrice contient habituellement du grêle, quelquefois de l'épiploon, l'appendice, et de rares opérateurs y ont trouvé la vessie, une trompe, un ovaire.

LA HERNIE OBTURATRICE ETRANGLEE

L'agent habituel d'étranglement est l'arcade fibreuse qui dépend de l'aponévrose de l'obturateur interne.

Le pincement latéral est fréquent.

Quant aux lésions de l'intestin, elles sont celles que l'on rencontre au cours de tout étranglement herniaire.

Les causes des hernies obturatrices

Les hernies obturatrices, qui sont des hernies rares (une sur 332 hernies, d'après CORNER et HUGGINS), se produisent chez les femmes (93 % des cas) et avant tout chez les femmes âgées.

20 cas que nous avons considérés se répartissent ainsi : 19 femmes, un homme.

Parmi les 19 femmes, 11 avaient dans les environs de 70 ans et plus, une 30 ans et les 7 autres entre 45 et 65 ans.

L'on peut alors poser la question suivante : pourquoi la hernie obturatrice se produit-elle chez la femme ?

Certains éléments anatomiques nous donnent une réponse.

Chez la femme, l'inclinaison du trou obturateur et partant, de l'orifice du canal sous-pubien, fait avec l'horizontale un angle de 20 à 25 degrés. « L'effort abdominal s'exerce presque perpendiculairement à la paroi pelvienne et tend à chasser les viscères dans le canal. » (ROCHARD.)

Tandis que le diamètre transversal de l'orifice profond est de 3 cm. 1/4 chez l'homme, il est de 3 cm. 1/2 à 4 cm. chez la femme.

Le canal sous-pubien est rempli de tissu graisseux chez la femme, tandis que chez l'homme il est plutôt cellulaire. Ce tissu est relié par des tractus au péritoine, qui se déprime en infundibulum et l'on sait que, tirant sur le peloton adipeux, on entraîne le péritoine. Ce point anatomique nous paraît devoir jouer un rôle important.

La hernie se produit chez la femme âgée, et dans le plus grand nombre d'observations, il est noté que les malades examinées étaient maigres. La graisse avait tracé la voie dans laquelle devait s'engager l'intestin ; après un amaigrissement rapide, et sous l'influence d'un effort, le péritoine s'invagine à ce niveau, la hernie est créée.

Naturellement, l'âge provoquant un affaiblissement de la musculature joue un rôle prépondérant.

De plus, chez la femme, d'autres causes physiologiques existent : ce sont les grossesses et les accouchements qui ont ici une influence comme dans toutes les hernies. Sur 19 hernies obturatrices observées chez des femmes, nous avons relevé 4 cas où la malade présentait un prolapsus utérin. Existe-t-il une relation entre les deux affections ?

Nous émettons l'hypothèse suivante :

Certaines insertions du releveur de l'anوس se font par l'intermédiaire de l'aponévrose obturatrice et sur le ligament de Günse. Avant d'être forcé par le travail de l'accouchement, le releveur tiraille sur les insertions supérieures, amenant ainsi un agrandisse-

ment de l'orifice pelvien du canal sous-pubien. Cette action subie par le muscle continuant à s'exercer est une des causes du prolapsus, qui en reconnaît une autre dans l'affaiblissement de la musculature de la paroi. « L'atrophie et le manque de cohésion du tissu cellulaire pelvien » peuvent également contribuer à la formation d'une hernie obturatrice et d'un prolapsus utérin.

Conditions dans lesquelles on est amené à intervenir pour une hernie obturatrice

Rechercher ces conditions, c'est avant tout poser la question :

— Peut-on faire le diagnostic :

1° D'une hernie obturatrice non compliquée;

2° D'une hernie obturatrice étranglée,

Et quels sont les différents tableaux cliniques qui se présentent ?

KRÖNLEIN écrivait : « Le diagnostic clinique de la hernie obturatrice non compliquée est à peine possible, celui de la hernie obturatrice étranglée pour le moins incertain. »

Il doit être excessivement rare que l'on soit appelé à intervenir pour une hernie obturatrice en dehors de tout étranglement et nous n'avons rencontré aucune observation qui puisse nous affirmer que cette éventualité se soit produite.

Mais le diagnostic de cette hernie non compliquée peut être fait. (PAVLOFF.)

Dans ces cas extraordinairement heureux, l'on est conduit par deux faits :

L'existence d'une tumeur. Tumeur qui cependant demeure de volume minime, n'attirant pas le plus souvent l'attention.

Une douleur le long du trajet du nerf obturateur. FOURMESTREAUX a opéré pour une hernie obturatrice étranglée une femme, qui, de longue date, présentait une telle douleur, ce qui lui a permis de faire le diagnostic rétrospectif de hernie obturatrice non étranglée.

Nous ne faisons que signaler cette première éventualité, car nous admettons que c'est toujours pour une hernie obturatrice étranglée que l'on intervient. Les conditions dans ce cas sont variables à l'extrême.

Dans la règle, c'est le diagnostic d'une occlusion qui se pose, occlusion qui siège sur le grêle, datant de 4 à 5 jours en général, parfois de 12 à 15 jours (cas de l'observation du Professeur CARAVEN).

Ce diagnostic étiologique est parfois possible, dans d'autres cas il demeure impossible.

1° *Il existe une tumeur.* — C'est une tumeur qui siège à la racine de la cuisse, en dedans des vaisseaux fémoraux. Le plus souvent elle est de volume minime (*cft.* anatomie pathologique) et demande à être recherchée minutieusement. PAVLOFF signale que par cet examen attentif l'on peut percevoir une simple dépression du côté sain. Il faut alors admettre que dans ce cas elle passe le plus souvent inaperçue.

Mais si l'on constate, accompagnant l'occlusion, une tumeur avec sa localisation spéciale, on peut alors porter le diagnostic de hernie crurale appartenant à une variété rare, pectinée par exemple, ou émettre la possibilité d'une hernie obturatrice étranglée.

Dans ce cas on intervient, renseigné sur la voie d'abord, à choisir : crurale.

2° Dans les cas heureux, en plus de l'occlusion et de la tumeur, existent des signes accessoires.

Le toucher vaginal fait percevoir latéralement une masse empâtée, douloureuse, ou une corde tendue. On a la sensation « d'une résistance spéciale, élastique ». (PAVLOFF.)

A ces signes de premier plan sont associés :

— une douleur le long du nerf obturateur, douleur qui peut irradier jusqu'au genou;

— la pression en dedans des vaisseaux fémoraux fait naître une douleur à ce niveau;

— le membre inférieur correspondant au côté douloureux demeure en flexion et rotation externe.

Devant ce tableau, l'on peut affirmer le diagnostic de hernie obturatrice étranglée et intervenir par la voie qui semble la meilleure.

3° A l'opposé, il existe seulement une occlusion.

Les signes accessoires manquent et aucune tumeur n'est perçue, même après un examen attentif (cas des observations 1 et 2).

L'on est en présence d'une occlusion sur le grêle qui demeure de cause inconnue.

Cette occlusion provoque l'intervention, mais ne renseigne nullement sur la voie d'accès à adopter. L'on pratique une laparotomie.

Il existe d'autres formes cliniques mais leur étude ne rentre pas dans ce cadre. Nous voulions seulement dans ce chapitre montrer dans quel cas l'on peut avoir le libre choix de la voie d'abord.

Les voies d'abord qui ont été utilisées

Ces voies peuvent être groupées en deux catégories suivant qu'elles sont utilisées isolément ou d'une façon combinée.

Les étudiant, nous aurons toujours en vue les quatre points que comporte le problème des hernies obturatrices étranglées (COTTALARDA et ESCARRAS) :

- la vérification du diagnostic;
- la réduction de la hernie;
- le traitement du sac;
- la fermeture du trou obturateur.

I. - LES VOIES D'ABORD ISOLEES

Parmi celles-ci, la voie crurale et la voie abdominale retiendront particulièrement notre attention ; en effet, connaissant leurs avantages et inconvénients

Nous avons pu étudier sur le cadavre chacune de ces voies d'abord. Les quelques schémas que nous donnons, s'ils ont été inspirés par ceux qui ont été publiés précédemment, ont quand même été dessinés d'après le cadavre.

La longueur des incisions que nous donnons pour certaines voies est celle que nous avons utilisée à l'amphithéâtre.

réciproques, nous serons à même de comprendre pour quelles raisons on est amené, dans certains cas, à les associer.

Accessoirement nous étudierons la voie inguinale.

I. - LA VOIE D'ABORD CRURALE.

C'est la voie qu'utilise la kélotomie obturatrice classique. Naturellement, pour être empruntée, elle exige un diagnostic préalable. Suivant les cas, on a porté le diagnostic de hernie obturatrice étranglée ou de hernie crurale appartenant à une variété rare : pectinée surtout.

Cette voie d'abord avait été considérée par VELPEAU comme impossible, en raison de la profondeur de la région obturatrice et de la présence des vaisseaux.

- CLOQUET, DUPUYTREN, CRUVEILHIER, l'ont utilisée et TRÉLAT l'a décrite.

a) INTERVENTION PAR VOIE CRURALE :

Le bassin du malade soulevé par un coussin épais, la cuisse fléchie et en abduction légère (LEJARS) présentera de la meilleure façon la région à l'opérateur.

L'incision cutanée peut être menée transversale à la base du Scarpa. Mais le plus souvent on la pratique parallèlement à son grand axe. Elle commence en haut, à un travers de doigt de l'épine du pubis, descend verticalement sur une longueur de douze à quinze centimètres, suivant le trajet de l'artère fémorale, à un travers et demi de doigt en dedans. Suivant

cette ligne, on incise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose, la veine saphène interne demeure dans la partie externe de la plaie.

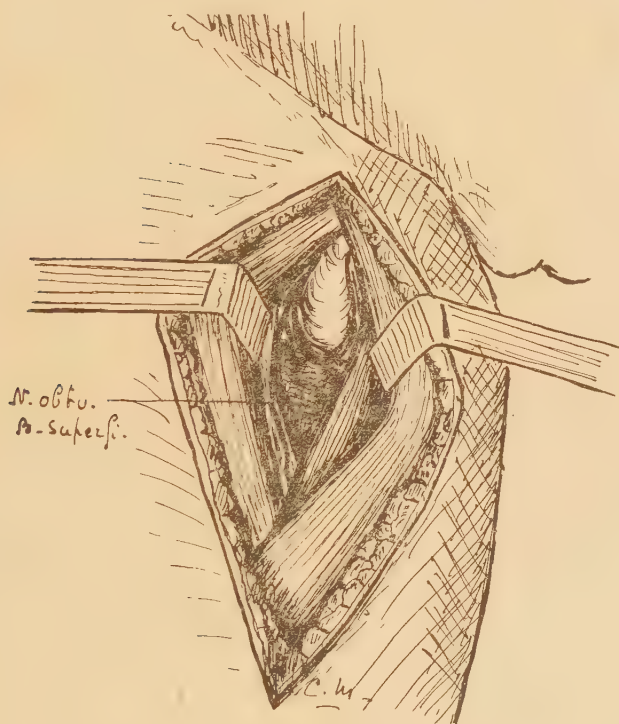


FIG. 3. — KÉLOTOMIE OBTURATRICE
(D'après l'étude faite sur le cadavre)

Le pectiné a été fortement récliné en dehors;

Le moyen adducteur l'est en dedans.

Le sac hernaire apparaît reposant sur le plan profond.

Les muscles pectiné et moyen adducteur sont alors découverts et l'on peut les séparer l'un de l'autre en passant à la sonde dans leur interstice, l'on effondre

les tractus qui retiennent la face profonde du pectiné qui peut être récliné en dehors et le moyen adducteur en dedans.

Si le pectiné ne permet pas cette manœuvre, ou si la voie d'abord n'est pas assez large, il faut le sectionner en travers ou même le désinsérer partiellement de la branche ilio-pubienne. L'on découvre alors la hernie demeurée derrière le pectiné.

Le sac herniaire est sous les yeux de l'opérateur qui en pratique doucement la libération le plus haut possible jusqu'à l'orifice d'émergence, examine s'il ne se présente pas de rameaux artériels sur sa superficie.

Le sac est ouvert par une incision que l'on essaie de faire remonter jusqu'au collet, l'on examine son contenu. Il faut à ce moment débrider l'agent d'étranglement; on tente de faire pénétrer l'index au niveau du collet pour affaïsser en dedans et en bas cet agent d'étranglement, mais le plus souvent il ne cède pas; extérieur au sac, obligation est de le sectionner. Les difficultés commencent. Où l'aborder ?

Les rapports du collet et des rameaux vasculaires doivent nous donner la réponse (1). Schématiquement, ce sera en bas et en dedans. On l'effondre par de minimes incisions au bistouri, et on termine le

(1) Voir : Contenu du canal sous-pubien, et Ana-patho : le collet et ses rapports.

débridement au doigt. Nous verrons les ennuis auxquels on peut se heurter lorsqu'on exécute ce temps opératoire.

L'anse intestinale ainsi libérée est attirée par une manœuvre douce; on traite ses lésions, si besoin est, et on la réduit. Le sac doit être lié aussi haut que possible; après sa résection, il reste à oblitérer le trajet herniaire.

GAUTHIER a proposé, pour y parvenir, de passer des anses de catgut autour du corps du pubis et de rapprocher ainsi en masse pectiné et obturateur externe.

Nous avons décrit cette voie d'abord en prenant pour type une hernie rétro-pectinéale sortant du canal par son orifice externe.

Dans le cas où la hernie fait issue entre les faisceaux supérieur et moyen de l'obturateur externe, il y aura lieu, pour découvrir le collet, de sectionner le faisceau supérieur du muscle et le ligament sur lequel il s'insère. Enfin, dans la variété interstitielle, après section du pectiné, la hernie demeurant encore recouverte par l'obturateur externe, il faudra aussi sectionner ce dernier muscle.

b) LES DIFFICULTÉS ET LES DANGERS DE CETTE KÉLOTOMIE:

Ce sont ceux que l'étude anatomique et anatomopathologique pouvait nous faire prévoir.

Nous jugeons qu'ils sont grands; à juste titre on peut poser cette question : « Cet ensemble est-il pos-

sible ou même facile par voie crurale ? » (J. QUÉNU.)

Les *difficultés* sont dues à ce que :

— La région est profonde et vasculaire.

— Le sac est d'un accès malaisé, de plus il est petit (LECÈNE).

— On est gêné pour lever un étranglement profond.

— Même après débridement, la résection de l'intestin, si cela est nécessaire, demeure pénible.

— Peut-on véritablement pratiquer une résection haute du sac ?

Les *dangers* viennent de ce que, débridant à l'aveuglette, on risque de léser des branches artérielles.

La région est profonde, la voie est étroite, l'on travaille au fond d'un puits; il est inutile de revenir sur ces faits qui expliquent le plus grand nombre de difficultés.

La région est vasculaire. Nous avons dit que schématiquement l'on doit débrider l'agent d'étranglement en bas et en dedans, mais nous avons admis que :

1° L'on peut trouver l'artère obturatrice elle-même sur tous les côtés du sac.

2° Qu'ignorant la disposition avasculaire existante, l'on devait en principe s'attendre toujours à trouver un cercle artériel complet entourant l'orifice pelvien.

Peut-on croire alors à la zone vasculaire dont parle LEJARS ? Si elle existe dans cette région profonde, peut-on véritablement se rendre compte de sa situation exacte ?

Nous croyons pouvoir donner une réponse négative à ces questions.

D'ailleurs LEJARS lui-même termine par écrire : « Il arrive que l'on ne s'aperçoive de la disposition artérielle que par l'hémorragie abondante, profuse, qui complique singulièrement l'opération. »

Le lacis veineux peut être important (FOURMETREUX).

Nous avons souligné le danger des lésions artérielles, mais il reste à rechercher si, pratiquement, elles sont fréquentes et graves; ROSE signale 4 hémorragies graves sur 6 cas.

Qu'entend-il par hémorragie grave ?

Dans les observations publiées, nous avons trouvé des cas d'hémorragies importantes. PICQUÉ et POIRIER par exemple en signalent une lors du débridement à l'angle supéro-externe de l'anneau et à son angle inférieur.

Il faut toutefois penser que si ces hémorragies sont importantes, compliquant l'intervention, néanmoins elles ne constituent pas un accident mortel.

Dans certains cas, au cours de l'intervention, la hernie a pu se réduire spontanément; considérant alors les difficultés de la kélotomie classique, faut-il se contenter de la réduction de la hernie, négliger l'examen de l'intestin et le traitement du sac ?

Si la réduction est d'importance capitale, il nous paraît impossible de considérer les autres temps

comme secondaires. Un cas de TRÉLAT, un autre de POIRIER en sont les témoins.

TRÉLAT constate une hernie obturatrice; au cours de l'intervention elle se réduit, il n'ouvre pas le sac, suture la plaie et la malade succombe.

POIRIER diagnostique une hernie obturatrice étranglée; la tumeur herniaire est perçue avant l'opération, mais au cours de l'intervention, spontanément elle se réduit; il ne traite pas le sac, la malade présente dans les jours suivants de nouveaux signes d'étranglement et meurt.

Ne pas ouvrir et traiter le sac entraîne de gros dangers.

— On ignore l'état de l'intestin ou du contenu herniaire.

— Les produits toxiques demeurent dans le sac et peuvent être une source d'inflammation ultérieure.

— La hernie peut se reproduire, s'étrangler à nouveau.

Dans tous les cas où la réduction de l'intestin se produit spontanément au cours de l'intervention, avant que l'on ait pu examiner son état, il faudra pratiquer une laparotomie pour rechercher l'anse intestinale étranglée. C'est le seul moyen d'avoir connaissance de ses lésions et de pouvoir, s'il le faut, les traiter.

Ensuite il faut réséquer le sac.

En dehors de ces conditions, l'intervention serait incomplète.

Parfois aussi l'étranglement ne peut être levé par voie crurale. Il peut exister une bride fibreuse intrapelvienne, tendue au travers du collet (cas cité par DEMAUX). Cette éventualité s'est présentée dans la hernie obturatrice observée dans le service et dont nous donnons plus loin l'observation. « Le collet est froncé et ses plicatures longitudinales sont maintenues par une bride fibreuse, très tendue, qui l'enserme transversalement en avant; bride fibreuse qui faisait sans doute partie de la membrane obturatrice. »

Et indiquant le moyen qu'il a dû utiliser, l'opérateur écrit : « Je ne vois pas comment je serais arrivé à lever l'étranglement et à couper la bride fibreuse antérieure » en utilisant la kélotomie classique (CARAVEN).

Ainsi l'on comprend que certains chirurgiens ne pouvant lever l'étranglement, aient dû terminer par l'abdomen, une opération commencée par voie crurale.

Dans tous les cas, l'oblitération du trajet herniaire demeure un problème qui n'a pas reçu de solution.



Certains auteurs ont essayé de donner une statistique relative à cette intervention ; l'un d'entre eux signale 6 guérisons sur plus de 100 opérés. Cette proportion de guérisons nous a paru vraiment minime; sur 10 hernies obturatrices étranglées et traitées par

cette voie, que nous avons pu rassembler chez différents auteurs, nous avons trouvé 7 morts, soit une mortalité de 70 %.

Cependant ces statistiques signifient peu, pensons-nous, relativement à la valeur de la voie d'abord.

Sur ces 7 décès, les malades ont succombé le jour même de l'intervention ou le lendemain, leur âge variait de 65 à 80 ans et la hernie dans certains cas était étranglée de longue date.

Ces faits font toutefois ressortir la gravité de la hernie obturatrice étranglée qui doit par conséquent, exiger une grande prudence dans le choix d'une technique.

II. - LA VOIE ABDOMINALE.

Elle est utilisée dans deux conditions différentes. L'on peut être obligé d'y recourir quand, ayant commencé l'intervention par voie crurale, on est dans l'impossibilité de pratiquer le débridement de l'agent d'étranglement et la réduction de la hernie ; c'est alors une voie de nécessité. Mais bien souvent, au contraire, elle paraît n'être qu'une voie de circonstance.

On est devant une occlusion dont on ignore la cause : on pratique une laparotomie exploratrice médiane sous-ombilicale, et l'on découvre une anse enfoncée profondément dans le canal sous-pubien. Le diagnostic de hernie obturatrice alors posé, on utilise

la voie d'abord, tracée pour lever l'étranglement herniaire. Nous ne retenons ici que ce deuxième cas.

Après avoir fortement écarté la paroi du côté où siège la hernie pour découvrir le plus complètement possible la région obturatrice, par l'intermédiaire de champs abdominaux, on isole cette région de la cavité abdominale. A ce moment, on peut exercer des tractions douces sur l'anse intestinale, s'aider même d'une légère poussée externe au niveau de la hernie (observation 2).

L'anse vient facilement; elle est amenée hors du ventre. On change les champs abdominaux qui ont recueilli le liquide du sac, on examine l'anse et on traite ses lésions si cela est nécessaire. On peut enfin fermer l'orifice du sac par quelques points. ,

Ainsi décrite, cette voie abdominale paraît être idéale; beaucoup de chirurgiens, en effet, ont jugé que c'était la voie de choix. Cependant, à côté d'avantages certains, elle présente des inconvénients.

En général elle permet une libération plus facile de l'anse étranglée que par la voie crurale. Dans les cas où l'on est obligé de pratiquer un débridement de l'agent d'étranglement, il n'est plus fait à l'aveuglette, on a les vaisseaux sous les yeux (jugent un certain nombre d'auteurs) et l'on ne court plus les grands risques d'hémorragie.

On peut même essayer de pratiquer une libération de l'anse en agissant au doigt pour agrandir temporairement le canal sous-pubien.

Une libération plus facile de l'anse étranglée, c'est là l'avantage certain de cette voie abdominale, mais le seul.

D'ailleurs, il faut immédiatement ajouter que si, par cette voie, la libération de l'anse étranglée est plus facile que par voie crurale, on ne peut toutefois pas affirmer qu'elle soit toujours facile.

Nous avons déjà signalé que l'on pouvait être obligé de pratiquer un débridement. Ce débridement même demeure souvent pénible. L'accès à la région obturatrice est malaisé, quelle que soit la position donnée au malade; un ballonnement important peut l'empêcher complètement (cas de l'observation 3).

Comment peut-on alors affirmer que l'on a les vaisseaux sous les yeux, et que s'il faut débrider l'agent d'étranglement, on ne le fait pas à l'aveuglette ?

Ainsi dans un cas cité par GODLEE, il y avait impossibilité de libérer l'anse par de simples tractions exercées par l'abdomen. Il fallut pratiquer un élargissement de l'orifice herniaire au bistouri, ce qui fut très pénible, affirme l'opérateur.

L'élargissement temporaire par dilatation au doigt de l'orifice du canal sous-pubien que préconisent COTTALARDA et ESCARRAS doit également rencontrer des difficultés nées de ce que l'agent d'étranglement est résistant, inextensible.

Même plus, par voie abdominale, la libération de l'anse intestinale peut être impossible (cas observation I).

Cette difficulté surgissant, a obligé certains chirurgiens à intervenir par voie crurale après avoir pratiqué une laparotomie. De l'union de ces deux voies sont nées les voies combinées que nous étudierons ultérieurement.

Il existe en outre dans l'intervention menée par le ventre des dangers d'infection péritonéale, venant de l'anse gangrénée, du contenu du sac s'écoulant dans l'abdomen, du sac lui-même que, le plus souvent, on laisse en place. Essaie-t-on de le traiter, force est de le faire par l'abdomen.

Certains opérateurs se sont efforcés de traiter le sac. FOURMESTREAUX est parvenu à le retourner assez facilement, à le fermer en bourse, sans faire de résection et à le fixer à la paroi. Aussi, il pense que la voie haute est la meilleure et qu'elle est suffisante quand on parvient à pratiquer cette manœuvre.

Mais les risques d'infection étant mis à part, il faut reconnaître que c'est là une entreprise qui rencontre souvent des difficultés. Nous en connaissons les causes. Rien ne peut assurer que le sac sera facilement extrait et même en dehors d'un ballonnement important, l'accès de la région demeure malaisé.

FREDET propose de fermer le collet par cette voie abdominale. Nous rencontrons les mêmes ennuis pour y parvenir (1).

(1) Voir observation de M. le professeur MOCQUOT : « Rien n'a été fait sur l'orifice herniaire qui était d'ailleurs inaccessible à cause du ballonnement. »

L'on comprend alors que COTTALARDA et ESCARRAS aient pu écrire que le traitement du sac est illusoire, dangereux ou simplement impossible. Opinion qui a été reprise par M. le professeur QUÉNU ; cet auteur affirme « vouloir par l'abdomen traiter le sac, fermer l'orifice herniaire est une entreprise difficile, non indispensable ».

Entreprise non indispensable, c'est certain, chez ces malades âgés, fatigués, en occlusion aiguë, mais entreprise qui serait quand même bien utile.

La hernie n'est plus étranglée, on a paré au plus pressant et au plus grave; en ne traitant pas le sac, il n'y a aucune raison pour que le malade ne présente pas, même dans les heures qui vont suivre, un nouvel étranglement herniaire. Nous retenons que MEYER a constaté la récurrence dans 25 % des cas et SUERMONDT a opéré quatre fois la même malade pour une hernie obturatrice étranglée.

Enfin l'on est dans l'impossibilité de pratiquer une oblitération du trajet herniaire.



En résumé, il faut admettre que la voie abdominale permet en général :

— Une libération facile de l'anse intestinale étranglée.

Mais qu'il faudra renoncer à :

— Traiter le sac et à fermer le trajet herniaire.

De plus elle fait courir quelques risques d'infection.

III. - VOIE SOUS-PERITONEALE.

C'est MILLIGAN qui l'a décrite en lui donnant le nom de voie inguinale.

L'on mène une incision susjacente et parallèle à l'arcade crurale. Après section du grand oblique et désinsertion des petits oblique et transverse, on tombe sur le péritoine.

Il est alors possible de pratiquer un décollement du cul-de-sac péritonéal, décollement que l'on mène jusqu'au niveau de l'orifice profond du canal sous-pubien. Tandis que le cul-de-sac péritonéal et son contenu sont réclinés et maintenus par une valve, il faut extraire le sac herniaire.

Une fois extrait, le sac est ouvert, son contenu examiné et traité s'il le faut. On peut alors, après réduction de l'intestin, lier le collet et réséquer le sac.

Pour être utilisée, cette voie réclame un diagnostic préalable. Une fois que l'on a pu extraire le sac, on a un accès plus immédiat sur la région obturatrice qu'en utilisant la laparotomie médiane. Agissant par voie sous-péritonéale, on peut amener l'anse intestinale hors de l'abdomen, évitant les risques d'infection; enfin la ligature du collet est faite ici sous le contrôle des yeux.

Mais pour réaliser ces différents temps, il faut être parvenu à extraire le sac. La voie demeure étroite et l'entreprise est difficile et si hasardeuse qu'à elle seule, elle condamne une telle voie d'abord.

II. - LES VOIES COMBINÉES

Nous avons constaté au cours de l'étude des voies crurale et abdominale que l'on ne pouvait pas être certain en empruntant l'une de ces voies de mener à bien l'intervention et avant tout de pratiquer la libération de l'anse étranglée. Commençant par voie crurale l'on peut être obligé de recourir à la voie abdominale et réciproquement.

Il a donc été naturel que les deux voies combinées fussent préconisées, réunissant ainsi leurs avantages mutuels dans une même intervention.

Schématiquement, la libération de l'anse intestinale se fait plus aisément par voie abdominale tandis que le traitement du sac est plus aisé par voie crurale.

Nous décrirons la technique de chacune de ces voies d'abord pour étudier, ensuite dans quelles conditions elles doivent être utilisées.

1° VOIE ABDOMINO-CRURALE.

Elle a été préconisée par GAUTHIER et FREDET.

GAUTHIER intervient chez une malade en occlusion; l'examen avait révélé l'existence d'une hernie crurale réductible; pour ne garder aucun doute il traite cette hernie, son sac ne contient pas d'anse présentant de signe d'étranglement.

La cause de l'occlusion demeurant entière, il pratique une laparotomie et constate une hernie obtura-

trice étranglée. Il utilise pour la traiter les deux voies qu'il s'était tracé.

Au niveau de la plaie crurale, une section du pectiné, à son insertion pubienne, permet la découverte du sac herniaire.

L'on peut alors libérer l'anse étranglée par de légères tractions exercées par l'abdomen, accompagnées de poussées pratiquées au niveau de l'orifice crural. S'il le faut on pourra débrider l'agent d'étranglement par voie abdominale.

La voie crurale permet le traitement du sac dont l'orifice péritonéal est fermé par voie abdominale. C'est dans ce cas que GAUTHIER a proposé pour fermer le trajet herniaire de passer « des anses de catgut », qui prenant appui sur la branche horizontale du pubis abaissent d'une part l'arcade crurale, soulèvent d'autre part jusqu'à son contact obturateur et pectiné.

2° LAPAROTOMIE SUS-CRURALE COMPLETEE PAR VOIE OBTURATRICE.

Cette technique a été exposée par COTTALARDA et ESCARRAS (*Journal de Chirurgie*, juillet 1936) et reprise par M. le professeur QUÉNU. Ils décrivent séparément les deux temps opératoires.

1° Temps abdominal :

L'incision est menée parallèlement à l'arcade crurale à deux travers de doigt au-dessus d'elle, commençant à un travers de doigt de l'épine du pubis. Les muscles sont incisés plan par plan jusqu'à

l'espace sous-péritonéal, on pratique au passage la ligature de l'épigastrique.

Le péritoine est d'abord isolé en dehors, de là l'incision est prolongée en dedans sur toute la longueur

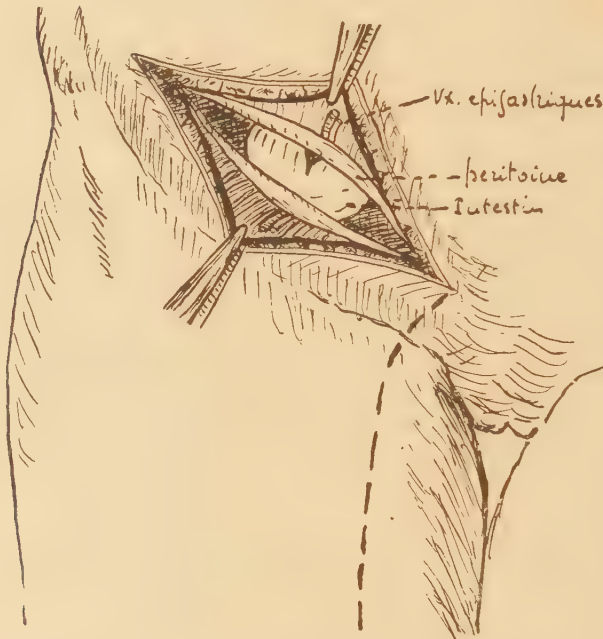


FIG. 4. — LAPAROTOMIE SUS-CRURALE
(D'après Cottalorda - Escarras)

En pointillé, le tracé de l'incision obturatrice.
On aperçoit les vaisseaux épigastriques qui ont été sectionnés.

de la plaie. On protège la cavité abdominale par des champs et l'intestin est refoulé en haut, maintenu par une valve.

Le diagnostic peut être alors vérifié. Après la libération de l'anse étranglée, que les auteurs conseillent de faire au doigt par dilatation de l'orifice profond du canal sous-pubien, les lésions intestinales sont découvertes et traitées.

2° *Temps obturateur :*

On branche sur l'extrémité interne de la première incision une seconde incision telle que celle décrite pour la voie crurale. D'ailleurs ces deux tracés peuvent demeurer indépendants.

La technique est celle qui a été décrite pour la voie crurale, elle permet de réduire l'anse intestinale si ce temps a été impossible par laparotomie.

L'on peut ensuite réséquer le sac et pratiquer la fermeture de l'orifice herniaire.

Cette laparotomie sus-crurale, dans les cas où elle est utilisée isolément, n'est qu'une variante de la voie abdominale et comporte la plupart de ses inconvénients relatifs à la libération de l'anse intestinale, à la difficulté ou même à l'impossibilité de traiter le sac et d'oblitérer le trajet herniaire. Elle demeure une voie étroite, toutefois elle livre un accès plus direct sur la région obturatrice, mais elle réclame pour être utilisée un diagnostic préalable.

INDICATION DES VOIES COMBINÉES

Quand les deux temps abdominal et crural sont pratiqués, aussi bien dans la voie abdomino-crurale

que dans la laparotomie sus-crurale complétée par un temps obturateur, il existe des avantages certains.

En dehors de la certitude de la libération de l'anse intestinale pour laquelle on emploie ces voies combinées, il est possible de traiter le sac et l'on peut pratiquer une fermeture du trajet herniaire suivant la technique de GAUTHIER.

De plus, le cas échéant il existe une possibilité de drainage par la voie crurale.

Ces techniques paraissent ainsi répondre aux exigences des différents temps de la cure radicale, toutefois nous doutons que le sac puisse être reséqué aussi haut qu'on le voudrait.

Cependant l'association de ces deux temps est loin d'être pratiquée systématiquement. Quelles sont donc alors les indications des voies combinées ? Le problème est d'importance et son étude doit être menée autour d'un point central : la libération de l'anse étranglée. Nous soulignons immédiatement qu'ici, il faut avant tout être éclectique et que l'on ne peut préconiser de façon dogmatique une double intervention chez ces malades en occlusion aiguë remontant le plus souvent à quelques jours, âgés et fatigués. Il faut parer au plus pressant et au plus important.

Voici ce qu'écrivent les premiers avec une aussi grande netteté COTTALARDA et ESCARRAS : « C'est seulement quand il s'avère impossible ou dangereux par voie abdominale de libérer l'étranglement que l'on doit compléter le temps abdominal par un temps

obturateur; l'idée n'est sans doute pas originale mais elle n'a pas été systématisée dans les indications et la technique dans les travaux français que nous avons consultés. »

Auparavant FOURMESTREAUX avait également jugé que si les voies combinées ont procuré de beaux succès opératoires, elles ne doivent cependant pas être utilisées d'une façon systématique.

Aussi nous pouvons considérer les deux cas suivants :

1° *Cas où l'anse étranglée peut être réduite par voie abdominale :*

Ce temps abdominal obligatoire, permet la vérification du diagnostic, la libération de l'anse, son traitement. « Le plus souvent il est suffisant. » (COTTALARDA.)

Le sac n'est pas traité. Dans ce cas où l'anse étranglée peut être facilement réduite, « vouloir traiter le sac, fermer l'orifice herniaire par une incision complémentaire crurale serait un luxe dangereux chez un malade fatigué » (Jean QUÉNU).

Dans ce premier cas, l'intervention se résume donc à une voie abdominale : par laparotomie médiane si le diagnostic n'a pas été fait, par laparotomie sus-crurale si au contraire il a été posé.

Pour parer au risque de récurrence, on peut ultérieurement, quand l'état du malade le permet, réintervenir dans un second temps par voie crurale pour traiter le sac et pratiquer une cure radicale. Ce serait

ainsi séparer les deux temps opératoires. Telle était l'intention du professeur MOULONGUET pour la malade dont il nous a communiqué l'observation ; mais ce second temps n'a pas été réalisé.

2° *Cas où l'anse étranglée ne peut être réduite par voie abdominale :*

Dans ce cas seulement ou si la libération paraît devoir être dangereuse par voie abdominale (anse gangrénée) le second temps, dénommé obturateur ou crural suivant les auteurs, devient une nécessité pour obtenir par l'ensemble des deux voies la libération de l'anse.

Et, ainsi qu'on l'a exposé lors de l'étude de la technique, l'on peut alors traiter le sac et le trajet herniaire.

3° VOIE COMBINÉE CRURALE-OBTURATRICE DE LUZES.

Nous étudions à part cette dernière voie car elle apparaît comme étant délibérément combinée.

L'incision crurale est menée remontant un centimètre en dehors de l'épine du pubis, on la prolonge parallèlement à l'arcade crurale à 1 centimètre au-dessus d'elle. L'arcade est sectionnée en regard de l'anneau crural. Après section des plans musculaires on découvre l'orifice profond du canal sous-pubien.

En écartant les muscles pectiné et moyen adducteur, on découvre le sac herniaire que l'on ouvre. L'agent d'étranglement peut être débridé au niveau de l'orifice profond du canal sous-pubien. Le con-

tenu du sac est amené à l'extérieur au niveau de l'incision crurale; on traite ces lésions si cela est nécessaire.

L'intestin réduit, il est possible de traiter le sac, de fermer l'orifice interne du canal sous-pubien.

Son auteur juge que c'est là la voie idéale pour les hernies obturatrices étranglées.

S'il n'existe pas de manœuvre septique en plein péritoine lors de l'ouverture du sac et du traitement de son contenu ainsi que LUZES le signale, l'on est obligé de débrider l'agent d'étranglement au niveau de l'orifice profond et l'on en connaît les difficultés.

Systématiquement il traite le sac, mais même avec cette technique nous ne pensons pas que l'on puisse parvenir à en pratiquer une résection haute. Et, point important, l'intervention est nécessairement longue et pénible à supporter pour ces malades; ainsi elle ne nous apparaît pas non plus comme étant idéale.

CONCLUSIONS

Arrivé au terme de l'étude des voies d'abord qui ont été jusqu'à présent proposées pour les hernies obturatrices étranglées, nous pouvons résumer et affirmer plusieurs points, sur lesquels l'accord paraît exister :

1° Des quatre points dont le problème thérapeutique se compose il en est deux qui sont capitaux :

La vérification du diagnostic et la réduction de l'anse.

Les deux autres : traitement du sac et fermeture du trou obturateur sont secondaires. Ils sont négligés car il faut aller au plus vite chez ces malades; nous l'avons fait ressortir.

2° Il n'existe que deux voies d'abord qui s'affrontent : la voie crurale et la voie abdominale (avec ses variantes). Si dans la *Chirurgie d'urgence* de LEJARS (édition 1936) l'on rencontre cette opinion, « il faut faire la kélotomie, la laparotomie devant rester une intervention exceptionnelle », il semble bien par contre que la laparotomie constitue la voie de choix (GOSSET, QUÉNU, COTTALARDA). C'est elle que le plus grand nombre d'opérateurs admettent.

Laparotomie sus-crurale si le diagnostic a été fait.

Laparotomie médiane, naturellement dans le cas contraire.

3° Les voies combinées n'existent que par l'insuffisance de la voie abdominale. Leur emploi systématique ne doit pas être pratiqué, d'où cette éclectisme que réclament GRUGET, STEINNEGER et de nombreux autres auteurs.

4° Cependant, quand on constate une volumineuse hernie superficielle, il y a lieu de commencer l'intervention par voie crurale qui serait complétée si cela était nécessaire par la voie abdominale.

Une nouvelle voie proposée : voie crurale avec résection ilio-pubienne

Voici, tels que les a communiqués à l'Académie de Chirurgie notre maître, M. le professeur CARAVEN, l'observation et le compte rendu de l'opération au cours de laquelle a été pratiquée la résection ilio-pubienne et qui est le point de départ de notre étude :

Il s'agissait d'un homme de 66 ans et demi qui entra dans mon service fatigué à l'extrême, sans voix et presque sans pouls; son haleine avait une odeur fécaloïde marquée.

Il me dit qu'il venait « pour des coliques », et quand il fut couché, je vis se dessiner sur son ventre plusieurs anses intestinales, qui durcissaient périodiquement, il n'avait pas de selles depuis quinze jours et pas de gaz depuis douze. Les siens et son médecin me confirmèrent la chose.

Il était manifestement en état d'occlusion subaiguë.

Le palper ne révélait pas de tumeur, le toucher rectal était négatif, l'état de fatigue ne permettait pas de faire une radiographie en position debout.

C'était jour de leçon; j'examinai le malade devant les élèves et je leur indiquai la nécessité de toujours

explorer les orifices herniaires en pareil cas; je ne trouvai ni hernie inguinale, ni hernie crurale.

Finalement, je fis le diagnostic de probabilité d'occlusion intestinale par tumeur, peut-être sur le gros intestin, à cause de la longueur relative des phénomènes occlusifs.

L'examen général ne révélait pas de métastases, péritonéale, hépatique, pleurale, sus-clavière gauche.

Opération immédiate. Anesthésie rachidienne. Laparotomie médiane sous-ombilicale; les anses grêles sont extrêmement dilatées; elles emplissent le ventre à tel point que je ne peux accéder à la fosse iliaque droite pour examiner le cæcum.

Je cherche en vain à découvrir le transverse en l'attirant par l'intermédiaire de l'épiploon.

Nulle part mes doigts, insinués comme ils peuvent, ne trouvent de tumeur et nulle part je ne vois de grêle normal.

J'incise la fosse iliaque droite; le cæcum est plat; la dernière anse iléale est toute petite et pâle. Il y a donc occlusion du grêle.

Je tire sur cette anse dans l'espoir d'arriver à sa jonction avec la portion dilatée; peine perdue, rien ne vient.

Je repère l'anse avec une pince à mors souples et je reviens à l'incision médiane; j'y trouve pince et anse, mais je ne peux pas extérioriser celle-ci; elle tient invinciblement dans la profondeur. Le doigt qui la suit butte contre la paroi antérieure du bassin et la sent disparaître sous la branche ilio-pubienne gauche. Il s'agit d'une hernie obturatrice étranglée, portant sur le grêle à 20 ou 25 centimètres du cæcum.

Je palpe la région obturatrice, et, quoique prévenu, je n'y trouve rien d'anormal.

J'incise en dedans de la veine fémorale en direction de cette région, je coupe en travers le moyen adducteur, et j'arrive rapidement sur une hernie obturatrice du volume d'un tout petit œuf de poule. L'incision du sac, qui est épais, mène sur un intestin qui ne paraît pas avoir de lésions graves; il s'agit cependant d'une entérocèle pure.

Je fais quelques pressions douces en même temps que je tire légèrement le bout inférieur par l'abdomen, rien ne bouge.

Que faire ? Le malheureux à bout de souffle, implore la pitié, et moi je me remémore les difficultés et la gravité de la kélotomie classique. Rapidement, j'incise en travers les origines du pectiné, je rugine l'os, et de deux coups d'ostéotome j'emporte deux centimètres environ de la branche ilio-pubienne, au droit du collet herniaire. (La hernie, son collet et l'infundibulum péritonéal sus-jacent sont à nu dans toute leur hauteur).

Rien ne se réduit cependant. Le collet est froncé et ses plicatures longitudinales sont maintenues par une bride fibreuse très tendue qui l'enserme transversalement, en avant.

Section de cette bride; incisions superficielles longitudinales du collet, qui s'assouplit, l'intestin rentre. Il n'a pas de lésion sérieuse. Il était étranglé jusqu'au bord mésentérique, mais sur une longueur minime. Suture des deux incisions de laparotomie; dissection et résection élevée du sac, suture de l'incision cruro-obturatrice.

Injection intraveineuse de sérum salé hypertonique. Quelques instants après le malade a une petite selle,

puis survient une vraie débâcle, peu à peu le faciès se transfigure; le lendemain à l'heure de la visite, la mine n'est pas mauvaise, le pouls est bon, le malade paraît devoir vivre.

Effectivement, il a bien guéri.

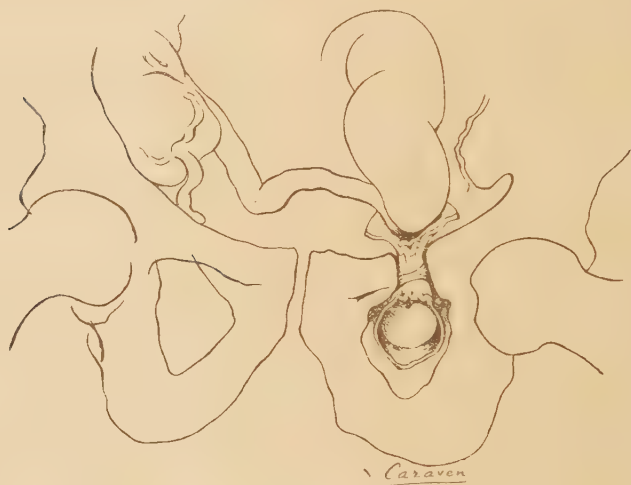


FIG. 5

Report des constatations opératoires sur une radiographie faite quelques jours après (radio postéro-antérieure, film au contact de la symphyse). (CARAVEN.)

De ce protocole opératoire, nous ne retenons que l'intervention par voie crurale avec résection ilio-pubienne, *en effet en dehors du diagnostic rien n'a été fait par voie abdominale.*

A la suite de l'enquête que nous avons menée auprès d'un certain nombre de chirurgiens et de l'étude des articles publiés par les auteurs étrangers, nous pensons que cette voie n'a jamais été utilisée et

systematisée en vue de la cure de la hernie obturatrice étranglée.

REIDEL avait proposé la résection d'un segment de la branche horizontale du pubis pour parer à la réintégration spontanée de l'intestin étranglé.

SUERMONDT, chez une femme qui avait présenté quatre récidives de hernie obturatrice étranglée, l'a pratiquée pour élargir l'orifice et empêcher ainsi l'étranglement; l'intervention réussit et le résultat cherché fut obtenu.

Mais dans ces cas, cette technique n'avait pas été menée suivant les intentions qui nous conduisent. En effet, grâce à cette voie ainsi élargie, nous envisageons la libération de l'anse étranglée, le traitement du sac et éventuellement la fermeture de la brèche ainsi créée; c'est-à-dire tous les points désirables du traitement d'une hernie.

ETUDE CRITIQUE DE CETTE VOIE

Nous la ferons en considérant :

1° L'intervention ainsi qu'elle a été pratiquée.

2° Les travaux que nous avons faits sur le cadavre.

I.) ETUDE DE LA VOIE PAR RAPPORT A L'INTERVENTION PRATIQUEE SUR LE VIVANT.

La libération de l'anse étranglée que l'on n'est certain de mener à bien, ni par voie crurale simple, ni par voie abdominale, si bien qu'elle nécessite parfois

leur association *est, grâce à cette technique, assurée.*
« On a le sac, le collet, le péritoine sous les yeux et sous le doigt. » (CARAVEN.) Comment pourrait-il être alors impossible de pratiquer la libération correcte de cette anse ?

Dans le cas de notre maître, après la résection osseuse, la hernie est demeurée étranglée par une bride fibreuse, mais grâce au jour obtenu, sa section fut facile.

« Je ne vois pas comment je serais arrivé à lever l'étranglement, si je n'avais pas fait une résection osseuse et coupé à ciel ouvert la bride fibreuse antérieure. » (CARAVEN.)

Dans d'autres cas la réduction de l'intestin peut se faire spontanément; pour le rechercher et le traiter s'il le faut, l'incision peut être agrandie et une herniolaparotomie pratiquée avec facilité en partant de l'incision initiale.

Grâce au jour obtenu, à l'incision du sac qui peut réellement remonter haut, l'intestin est amené au dehors avec une grande facilité, examiné et traité.

L'on n'a plus à redouter les complications infectieuses péritonéales venant du liquide du sac, du sac lui-même, ou d'un intestin gangréné, que nous avons signalées lors de l'étude de la voie abdominale.

Au cours de cette intervention « *le sac et son collet ont été traités par résection haute* » (CARAVEN),

aucune difficulté ne se présente plus en effet pour réaliser ce temps; nous croyons par contre que ceci est impossible dans aucun des autres procédés que nous avons étudiés.

Le gros danger de la voie crurale ordinaire, simple voie étroite et aveugle, sur lequel tous les auteurs ont insisté, est le risque de lésions vasculaires. M. le professeur CARAVEN écrit : « Au contraire, après résection ilio-pubienne, j'ai traité le sac et son collet par résection haute sans plus m'occuper de l'obturatrice qu'on ne s'occupe de l'épigastrique dans les hernies inguinales : je ne l'ai même pas vue. »

D'ailleurs s'il existait une lésion artérielle, l'hémostase pourrait être pratiquée facilement; on a le jour voulu.

Après résection osseuse, la fermeture de la brèche et du trou obturateur demeure naturellement aléatoire. Les muscles pectiné et obturateur peuvent être rapprochés en masse. D'ailleurs il semble que ce temps ne présente plus la même importance car il n'existe plus autant de chances de récurrence d'étranglement. Le cas de SUEBMONDT témoigne en faveur de cette opinion.

L'on pourrait faire encore l'objection que cette intervention doit être excessivement longue à mener à bien ou même shockante, fait d'importance pour ces malades.

Il suffit alors de relire l'observation citée. Notre malade, âgé de 66 ans, était en occlusion depuis au moins 12 jours, fatigué à l'extrême, sans voix et presque sans pouls, après avoir subi une laparotomie médiane, une incision au niveau de la fosse iliaque droite, apparaissait comme moribond; c'est alors qu'avec une tranquillité spéciale, grâce à la voie qu'il s'était créé, l'opérateur a pu conduire l'intervention et le malade guérir.

Enfin la statique n'est pas troublée par cette résection, l'arc inférieur du trou obturateur demeurant intact.

Il suffit alors pour établir un bilan des avantages considérables que représente la *voie crurale avec résection ilio-pubienne* de se remémorer les critiques adressées à la voie crurale simple, à l'abdominale et aux voies combinées.

La résection osseuse pratiquée, la voie est large et permet :

— Une libération certaine et facile de l'anse étranglée.

— Une résection de l'intestin, si cela est nécessaire, menée sans difficulté.

— La recherche de l'anse étranglée, si elle s'est réduite spontanément (hernio-laparotomie).

— Les dangers vasculaires sont supprimés.

— L'on ne court plus de risques infectieux péritonéaux.

— Le traitement du sac est aussi complet qu'on peut le désirer.

2.) ETUDE DE LA VOIE CRURALE AVEC RESECTION ILIO-PUBIENNE SUR LE CADAVRE.

Nos recherches ont été fructueuses, nous permettant de souligner certains points de la technique; de plus elles ont mis en lumière certaines difficultés qui peuvent naître lors de l'intervention pratiquée par cette voie.

1° Un coussin doit soulever fortement le bassin et le membre inférieur être en abduction légère.

2° L'incision est menée parallèle à l'axe du membre, en dedans de la veine fémorale; pour que l'on ait vraiment du jour au cours de l'intervention elle doit être longue, remontant au minimum à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'arcade.

On passe en dedans de la saphène interne, l'arcade est disséquée, mise en évidence.

3° On tombe sur le moyen adducteur en bas et en dedans, sur le pectiné à la partie supérieure. Dans l'opération réalisée sur le vivant, le moyen adducteur a été coupé en travers. Ici, sur le cadavre, cette section ne nous paraît pas indispensable pour obtenir une voie large.

4° Le pectiné mis en évidence, les vaisseaux fémoraux demeurent en dehors, réclinés par un écarteur. A travers l'extrémité supérieure du pectiné qui est

découvert, on palpe la branche ilio-pubienne, on incise transversalement le muscle sur elle.

L'on rugine cette branche et ce temps nous est apparu comme de grande importance. On s'efforcera

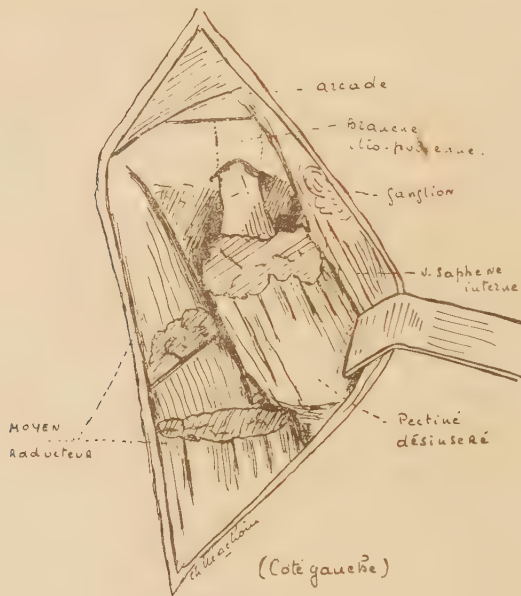


FIG. 6

VOIE CRURALE AVEC RÉSECTION ILIO-PUBIENNE
(D'après l'étude faite sur le cadavre)

On a répété l'étude qui avait été faite sur le vivant

- Section du moyen adducteur
- Désinsertion du pectiné
- On découvre alors la hernie
- La branche ilio-pubienne a été ruginée.

de ruginer le plus loin possible, sinon au moment où l'on tentera d'énucléer le fragment osseux, il pourrait demeurer retenu dans la profondeur par des insertions musculaires ou fibreuses.

Libéré de ses insertions, le pectiné tombe dans la partie inférieure et la région obturatrice apparaît nettement.

5° A ce moment on a une vue complète sur la partie de la branche ilio-pubienne qui limite le canal sous-pubien et que l'on se propose de réséquer. Au cours de ces expérimentations sur le cadavre nous avons constaté que la section de l'arcade crurale donnait une vue complète sur la branche. Si au cours de l'intervention l'on jugeait utile ou indispensable de pratiquer cette section il faudrait ensuite, bien entendu, faire une suture minutieuse de l'arcade.

Cette résection, nous avons pu la pratiquer aussi aisément qu'elle l'avait été au cours de l'intervention. Mais, lors d'une expérimentation conduite par notre maître lui-même, et que nous pensions être la dernière, elle s'est révélée pénible, nuisant à l'élégance de l'intervention. De l'avis du professeur CARAVEN, du docteur MARESSELLE, chef de clinique du service, qui avait assisté à l'intervention sur le vivant, ce temps avait fait apparaître l'opération comme étant plus pénible que sur le vivant.

Nous reviendrons ultérieurement sur ce fait.

6° Après avoir, dans les autres cas, réséqué cette branche, nous avons disséqué le paquet vasculo-nerveux; il présentait une topographie classique. Nervef, artère, veine, demeuraient absolument intacts, recouverts par le peloton adipeux qui les protégeait. De

même l'anastomose de l'obturatrice à l'épigastrique n'avait subi aucune lésion.

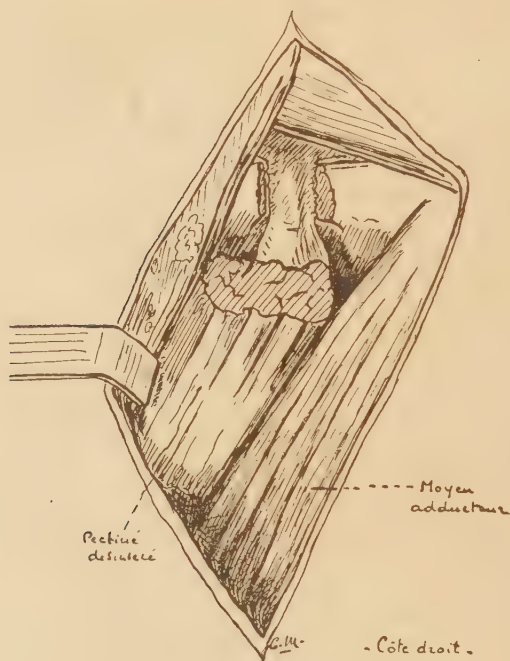


FIG. 7

VOIE CRURALE AVEC RÉSECTION ILIO-PUBIENNE
(D'après l'étude faite sur le cadavre)

On a pratiqué la résection d'un segment de la
branche ilio-pubienne, ce qui donne alors une
vue complète sur la hernie.

7° Dans une de ces expérimentations, ayant en vue
la réfection d'un plan musculaire résistant, comblant
la brèche créée, nous avons fait ce qui suit :

Après avoir mis le pectiné en évidence, sans pratiquer de section du moyen adducteur, nous séparons de haut en bas le pectiné en son milieu. L'on désinsère le muscle au niveau de la branche; les deux moitiés sont réclinées, l'une en dehors, l'autre en dedans; la région obturatrice apparaît dans son ensemble.

Résection de la branche.

Agissant en dedans du pédicule obturateur, l'on rapproche l'obturateur externe de la moitié interne du pectiné. Suture des deux moitiés du pectiné. Le muscle est ensuite élevé à l'arcade crurale et suturé à elle.

Difficultés nées de la résection de la branche pubienne.

Le sujet sur lequel l'on opérait alors était un homme de 23 ans de forte constitution.

La résection menée à l'ostéotome fut particulièrement difficile et longue. L'os se fragmentant à chaque instant l'on pouvait craindre que ses éclats ne provoquassent des lésions péritonéales ou vasculaires. Après être enfin parvenus à cette résection nous avons été frappés par l'épaisseur de la branche ilio-pubienne : 3 centimètres au minimum.

Nous avons alors recherché si c'était là un cas particulier.

a) Mesurant la même région sur des os secs, nous avons trouvé une dimension ne dépassant jamais deux centimètres.

Nous avons étudié cette épaisseur sur une longueur de 1,7 centimètres de la branche ilio-pubienne, dans le voisinage de la région du canal sous-pubien.

Les résultats moyens ont été les suivants :

Région la plus externe :	d'avant en arrière : 2 » cm.
	de haut en bas : 1,6 cm.
Région médiane :	d'avant en arrière : 1,6 cm.
	de haut en bas : 1,5 cm.
Région la plus interne :	d'avant en arrière : 1,5 cm.
	de haut en bas : 1,8 cm.

b) Le cadavre que nous avions était celui d'un homme.

« Autant le bassin de l'homme est fortement constitué, massif et solide, autant celui de la femme est faible, délicat et d'apparence fragile » et « dans le bassin masculin les saillies rugueuses destinées aux insertions musculaires sont fortement développées, dans le bassin féminin, elles sont bien moins marquées, quelquefois à peine sensibles ou même absentes ».

Toutes raisons qui permettent de croire à la différence entre le bassin de l'homme et celui de la femme sur le point qui nous intéresse.

Et l'on sait qu'en cas de hernie obturatrice, l'on a au moins 90 chances sur 100 d'intervenir chez une femme.

c) Pour nous assurer que le sujet précédent présentait une anomalie, nous avons recommencé l'expérimentation chez l'homme. Chez un homme de 62 ans,

après avoir minutieusement ruginé la branche ilio-pubienne, en la dégageant le plus possible de ses insertions musculaires, nous sommes parvenu à réséquer le fragment désiré avec une particulière facilité (son épaisseur était de 2 centimètres); nous avons exactement donné quatre coups d'ostéotome; cette résection nous a demandé cinq minutes, temps qui a été vérifié par la personne qui nous assistait.

Nous nous croyons en mesure d'affirmer alors que le cas rencontré précédemment sur le sujet de 23 ans était une anomalie et que la résection doit être aussi facile qu'elle s'est avérée lors de l'intervention sur le vivant.

Il n'en demeure pas moins que dans tous les cas, nous n'avons pu obtenir le fragment réséqué en entier, nous l'avons toujours vu se diviser.

Nous pensons, d'après cette étude sur le cadavre, que l'on peut avoir tendance à pratiquer la résection trop en dehors, dans une région où la branche est plus épaisse, ce qui amènerait des difficultés; mais naturellement quand la hernie existe, l'on est guidé par elle pour savoir où l'on doit attaquer la branche; au droit du collet herniaire.

Conclusions :

Ce sont là les seules difficultés que nous avons rencontrées.

Et à leur sujet, nous concluons ainsi :

Nous pensons que le cas cité où la résection fut pénible était dû à une anomalie. Il nous faudrait, pour pouvoir affirmer sa fréquence, avoir pratiqué une expérimentation plus abondante.

Nous suggérons qu'avant de pratiquer cette intervention, dans les cas où le diagnostic de hernie obturatrice étranglée a été fait, pour se rendre compte de la morphologie de la branche ilio-pubienne, on fasse une radiographie, l'ampoule étant en arrière, la plaque en avant au contact du pubis, pour obtenir ainsi une projection aussi proche que possible de la grandeur réelle.

Afin d'éviter le morcellement du fragment ilio-pubien réséqué et la formation d'esquilles, source de lésions possibles et pour obtenir une section nette on pourrait mener cette résection avec un autre instrument que l'ostéotome. Nous avons pensé à utiliser la scie de Gigli, mais il nous a été impossible de la faire pénétrer derrière la branche.

A ces questions, à ces points qui demeurent secondaires, il nous est impossible de répondre actuellement ; il faut nous baser sur un plus grand nombre de séances opératoires sur le cadavre. Nous continuons cette étude, nous réservant de donner ultérieurement le résultat de nos recherches.



Malgré ces détails de technique, nous sommes actuellement assuré que l'on peut pratiquer cette inter-

vention préconisée avec facilité et « *qu'elle procure à l'opérateur une tranquillité spéciale* » (CARAVEN). Nous en avons eu l'affirmation directe sur le vivant. Il est impossible de juger ainsi les autres techniques opératoires qui demeurent hésitantes dans leur but, incertaines dans leur conduite.

La voie crurale avec résection ilio-pubienne est la seule voie logique pour la hernie obturatrice étranglée.

La comparaison avec la hernie crurale étranglée pourra facilement illustrer ce point. Dans cette dernière hernie, s'il est impossible de libérer l'anse intestinale, il serait illogique de pratiquer aveuglément la section du Gimbernat, courant le risque de léser l'anastomose obturatrice-épigastrique. Il serait excessif de vouloir, par une autre incision abdominale, libérer cette anse. Mais le problème est résolu de la meilleure façon par la section économique de l'arcade crurale.

La branche ilio-pubienne est à la hernie obturatrice ce qu'est l'arcade crurale à la hernie crurale.

Sa résection permet de réaliser les quatre points du problème opératoire que posent ces hernies obturatrices.

Conduite à tenir

Au nouveau procédé opératoire que nous venons de décrire, *voie crurale avec résection ilio-pubienne*, nous ne donnerons pas les qualificatifs d'idéale ou de parfaite qui ont été trop souvent employés pour les autres voies d'abord ; cependant, nous la jugeons la meilleure. C'est pourquoi nous proposons son emploi.

Mais la conduite à suivre sera différente, nous l'avons vu, suivant que le diagnostic de hernie obturatrice étranglée aura été fait ou non avant l'intervention.

PREMIER CAS. — *Le diagnostic de hernie obturatrice a été posé.*

Nous considérons aussi dans ce cas l'éventualité où l'on a pensé être en présence d'une hernie crurale et où l'intervention révèle une hernie obturatrice étranglée.

On utilise la voie crurale avec résection ilio-pubienne et suivant la technique décrite, on parvient :

- avec certitude à libérer l'anse étranglée,
- à pratiquer une résection haute du sac,
- la fermeture de la brèche créée peut être pratiquée en suturant obturateur externe et pectiné. Ce dernier muscle est ensuite élevé à l'arcade crurale.

DEUXIÈME CAS. — *Le diagnostic de hernie obturatrice n'a pas été fait.*

Devant cette occlusion, on pratique une laparotomie le plus souvent médiane. La cause de l'occlusion est reconnue et alors deux cas se présentent :

a) L'anse peut être libérée par la voie abdominale.

L'on peut se contenter de cette réduction de l'intestin, et dans un second temps, si l'état du malade le permet, on pourra intervenir par voie crurale pour traiter le sac, évitant ainsi les dangers fréquents de la récurrence.

Le sac ne contenant plus une anse étranglée, il n'est pas indispensable de pratiquer la résection ilio-pubienne que l'on fera quand même si l'on veut s'assurer une ligature haute du sac.

b) L'anse ne peut être libérée par la voie abdominale.

On peut suturer l'incision abdominale ; en effet, rien ne sera plus fait par cette voie.

L'on retrouve alors le premier cas avec ses indications : le diagnostic est connu et l'on intervient par voie crurale avec résection ilio-pubienne.

Ainsi qu'on l'a constaté, l'étude critique de cette voie nouvelle a été faite d'après une seule intervention pratiquée sur le vivant par notre maître M. le professeur CARAVEN, et ensuite d'après les expérimentations sur le cadavre.

Pour affirmer sa valeur, il faudrait qu'elle soit à nouveau utilisée. A ce moment, l'on pourrait, se basant sur un nombre d'interventions plus grand, établir le bilan de ses avantages et des difficultés qui auraient pu être rencontrées.

Nous espérons que les chirurgiens qui l'utiliseront publieront leurs observations et donneront un compte rendu opératoire précis, indiquant les modifications qu'ils auront pu faire subir à la technique que nous avons indiquée et qu'ils signaleront avec quelle plus ou moins grande facilité ils ont pu obtenir la résection du fragment ilio-pubien.

Observations

OBSERVATION N° 1 (CARAVEN, *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, tome 67, n° 32-33, p. 915.)

Se reporter au cours du travail, page 65.

OBSERVATION n° 2. (Inédite. Communiquée par M. le Professeur MOULONGUET) :

Une femme de 73 ans entre le 28 décembre 1941 dans le service à l'hôpital Tenon, avec un syndrome d'occlusion intestinale aiguë datant de 4 jours. Il existe un météorisme central, un arrêt complet des matières et des gaz. Un examen radiologique sans préparation montre l'existence d'un niveau liquide et le siège probable de l'occlusion est sur le grêle. La malade avait été opérée précédemment pour une hernie crurale gauche.

Le diagnostic porté est celui d'occlusion post-opératoire siégeant sur le grêle.

On pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. Quelques brides sont sectionnées sans qu'elles paraissent être la cause de l'occlusion.

Dans la région obturatrice droite on constate l'existence d'anses aplaties. Une anse est enfoncée profondément dans le canal sous-pubien : il s'agit d'une hernie obturatrice droite.

L'anse herniée est libérée facilement par de légères tractions, l'on s'aide de pressions douces exercées à l'extérieur. Elle apparaît normale sous le sérum chaud. On suture la paroi.

La malade guérit.

N. B. — L'examen de la malade n'avait pas révélé la présence de tumeurs.

OBSERVATION n° 3 (Inédite). — Communiquée par M. le Professeur MOCQUOT.

M^{me} N..., âgée de 72 ans, entre à la Maison de Santé le 8 avril 1938 pour une occlusion intestinale qui a débuté brusquement il y a 4 jours. Arrêt complet des matières et des gaz. Quelques vomissements. Ventre extrêmement ballonné et tendu.

Un examen radiologique sans lavement montre une distension gazeuse qui paraît siéger sur le côlon. En réalité, cette interprétation était inexacte.

Opération : Sur la donnée radiologique, sous anesthésie locale, incision dans la fosse iliaque droite pour établir une fistule cæcale, mais on découvre un cæcum vide et aplati, ainsi que la dernière anse iléale.

Dans ces conditions, on pratique sous anesthésie rachidienne, une laparotomie médiane et se guidant sur la fin du grêle, on arrive sur l'obstacle qui siège dans le pelvis à droite, et l'on reconnaît à bout de doigt qu'il s'agit d'une hernie obturatrice étranglée.

Heureusement, l'anse étranglée se dégage spontanément au cours des manœuvres d'exploration, sans rupture, bien que la paroi intestinale soit déjà assez altérée.

Pour ne pas prolonger l'opération chez cette malade fatiguée, on établit une large anastomose entre les

deux pieds de l'anse, et on fixe sommairement à la paroi la partie qui avait été étranglée.

Rien n'a été fait sur l'orifice herniaire qui était d'ailleurs inaccessible à cause du ballonnement.

Suture partielle de la paroi.

Le cours des gaz et des matières se rétablit rapidement, mais le sixième jour s'est établie une petite fistule à la suite de l'escarre.

Cette fistule n'a jamais donné issue qu'à une petite quantité de liquide intestinal, le transit s'était établi à travers l'anastomose.

La plaie s'est cicatrisée sans incident et la fistule s'est fermée au bout d'un mois environ, après élimination du surjet au fil de lin qui avait servi à suturer les lèvres des incisions de l'intestin.

Cette malade est depuis en très bonne santé.

Nous signalons que deux hernies obturatrices ont été opérées dans le service de M. le professeur MONDOR. Mais nous n'avons pu nous procurer les observations ou avoir des renseignements précis sur les interventions.

Au moment où notre travail était à l'impression, nous avons appris que M. le docteur GUIMBELLOT avait été mis en présence de deux hernies obturatrices étranglées et que pour l'une d'entre elles, il était intervenu par *la voie crurale avec résection ilio-pubienne*. Il nous a communiqué ses observations et nous a permis de les insérer dans notre travail, bien qu'il ait l'intention de les publier. Nous le remercions vivement car nous jugeons que ces observations sont du plus haut intérêt.

OBSERVATION n° 4 (Inédite). — Recueillie dans le Service de M. le docteur GUIMBELLOT. — Observation de M. le docteur SEILLÉ.

Une femme de 74 ans entre, le 28 janvier 1942, dans le Service à l'hôpital Boucicaut. Elle est en occlusion depuis huit jours; elle présente des vomissements fécaloïdes, le ventre n'est pas ballonné et il n'existe aucun signe obturateur.

Une radiographie montre un niveau liquide sur le grêle, le côlon se remplit de bismuth dans sa totalité; il est rejeté à la périphérie.

Diagnostic : occlusion sur la partie terminale du grêle. Anesthésie locale.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

On voit des anses grêles dilatées, dans la fosse iliaque droite des anses plates; on suit ces dernières et on constate que la portion terminale de l'iléon est engagée dans le trou obturateur. On se protège, on retire l'anse, elle est sphacélée, perforée, laisse s'écouler des matières fécaloïdes. On extériorise la zone malade, résection intestinale, fermeture des deux bouts, anastomose latéro-latérale. Septoplax dans le petit bassin. Fermeture à la soie.

Décédée le lendemain.

OBSERVATION n° 5 (Inédite). — Communiquée par M. le docteur GUIMBELLOT.

M^{me} P..., 76 ans, entre dans le Service le 2 avril 1942, avec des signes d'occlusion intestinale ayant débuté par une douleur vive dix-huit heures avant l'opération. Elle avait été opérée dans le Service d'une hernie crurale droite étranglée le 20 novembre 1941.

Elle n'accuse aucune douleur dans la cuisse. L'examen de la région inguinale ne révèle aucune tuméfaction, aucune douleur. Le ventre présente un météorisme très marqué dans sa partie moyenne, le cadre còlique étant affaissé.

Etat général médiocre. Température 38°2.

L'examen radiologique sans préparation en position debout montre une anse grêle dilatée avec des niveaux liquides; on pense à une occlusion du grêle par adhérence probable au niveau de la cicatrice profonde de la hernie crurale droite.

Anesthésie générale. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

On trouve le grêle très distendu et baignant dans un liquide purulent, surtout abondant dans le pelvis. Une anse grêle s'insinue dans l'anneau obturateur droit et y est solidement fixée. *Il est impossible de la réduire par tractions ou en insinuant le doigt dans l'anneau.*

En raison de la présence du pus, on s'abstient d'une seconde incision et de résection osseuse et on continue l'opération par la voie abdominale. On incise le péritoine sur le bord inférieur de l'anneau et on essaie de débrider la membrane obturatrice.

Dans cette manœuvre pénible, on ouvre de nombreuses veines qui donnent un suintement abondant. On arrive péniblement à extraire l'anse grêle mais en la déchirant largement. On termine par un tamponnement à la gaze pour arrêter l'hémorragie veineuse et par l'extériorisation de l'anse grêle ouverte.

Suites opératoires : elles s'accompagnent de suppuration abondante et d'ulcération de la peau par les sucs digestifs.

Le 20 avril, on fait au bistouri électrique une résection de l'anse extériorisée. L'état général s'altère de plus en plus les jours suivants, la malade présente une phlébite du membre inférieur droit.

Décédée le 30 avril 1942.

OBSERVATION n° 6 (Inédite). — Communiquée par M. le docteur GUIMBELLOT.

M^{me} R..., âgée de 72 ans, entre le 2 avril 1942 dans le Service pour des signes d'occlusion intestinale ayant débuté douze heures auparavant. Vomissements actuellement fécaloïdes. La malade a accusé une légère douleur dans la partie interne de l'aîne et de la cuisse gauche; l'examen montre un ventre peu distendu sans contracture ni péristaltisme.

L'examen de la région inguinale ne permet de sentir aucune tumeur. Seule la pression à la partie interne du Scarpa détermine une légère douleur. *On pense à la possibilité d'une hernie obturatrice étranglée.* Néanmoins, on fait un examen radiographique qui ne montre aucun niveau liquide, aucune distension gazeuse de l'intestin. Le lavement baryté montre l'intégrité du côlon.

On conclut à une occlusion du grêle, peut-être par hernie obturatrice étranglée.

Anesthésie générale.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

On trouve une anse grêle fortement dilatée sur 20 ou 30 cm. seulement et qui s'insinue dans l'anneau obturateur gauche où elle est solidement fixée. En aval, le grêle est rétréci; *on essaye sans succès de réduire cette hernie par traction. Il est impossible de faire pénétrer*

le doigt dans l'anneau. On se décide alors à employer la voie inguinale.

Incision verticale dans la partie interne du Scarpa, section de la saphène interne. Découverte du pectiné. Ce n'est qu'après section de ce muscle, qu'on trouve derrière lui une hernie du volume d'une noix violacée et tendue.

Le débridement paraît difficile étant donné la profondeur et on sectionne au ciseau, puis à la pince-gouge la branche ilio-pubienne. La main réintroduite dans l'abdomen obtient alors la réduction facile de l'intestin par simple traction sans qu'on ait besoin d'ouvrir le sac.

L'anse n'est pas gangrénée et on met seulement un surjet au fil de lin sur un point suspect. Puis, par voie inguinale, on ouvre le sac et on l'enlève après ligature du collet. On referme la brèche en abaissant l'arcade et en la suturant à la partie inférieure du pectiné et du moyen adducteur.

Crins sur la peau.

Fermeture au bronze de la laparotomie médiane.

Suites opératoires : sans incidents.

Sortie le 30 avril.

Rappel d'observations publiées

I. - VOIE CRURALE ISOLEE

1) STOLL, *cité dans* — Femme, 69 ans.

Poirier et Picqué — Diagnostic posé : *Hernie obturatrice étranglée* (14 fois
(*Revue de Chirurgie*). engouée et réduite par taxis).

— Libération de l'intestin. Se fait facilement.

— Traitement du sac. O.

— Fermeture du trajet. O.
Guérison.

2) HASSELWANDER, *ci-* — Femme, 65 ans.

té dans Picqué et Poirier. — Diagnostic : *on pense à hernie O. E.*

— Libération-Intestin : débridement au bistouri.

— Traitement du sac. O.

— Fermeture du trajet. O.

— Guérison.

3) SCHMIDT, *cité dans* — Femme, 77 ans.

Piqué et Poirier. — Diagnostic: étranglement herniaire.

— Libération intestin ; débridement à l'angle supéro-externe et angle inféro-interne de l'anneau.

Hémorragie importante.

— Traitement du sac

— Fermeture du trajet }
« cure radicale », mais l'auteur ne donne pas de détails.

— Guérison.

4) PICQUÉ et POIRIER — Femme, 78 ans.

Revue de Chirurgie, 1892. — Diagnostic : Hernie crurale probablement pectinée.

— Intervention, le 9 novembre 1887, révèle une H. O. E.

— Libération intestin. *Se fait spontanément au cours de l'intervention.*

Son état n'est pas vérifié.

— Traitement du sac. O.

— Fermeture du trajet. O.

— Mort le 14 janvier 1888.

Autopsie montre une H. O. E.

5) AUERBACH, *cité* — Femme, 78 ans.

dans Piqué et Poirier. — Diagnostic : Hernie crurale étranglée.

— On traite seulement le sac de la hernie crurale qui contient de l'épiploon.

— Mort.

Autopsie : H. O. E.

- 6) **ENGLISH, cité** — Femme, 71 ans.
dans Picqué et Poirier. — Diagnostic : *Hernie obturatrice étranglée.*
— Devant l'état de l'intestin, on l'ouvre et il est fixé pour pratiquer un anus artificiel. L'intestin demeurerait presque partout adhérent au sac.
— Mort 33 heures après l'intervention.
- 7) **FIRT, cité dans** — Femme âgée.
Picqué et Poirier. — Diagnostic : *H. O. E.*
— Libération intestin : facile.
— Traitement du sac : lié et excisé.
— Fermeture du trajet. O.
Mort la nuit même. Collapsus.
- 8) **KRÖNLEIN, cité** — Homme, 74 ans.
dans Picqué et Poirier. — Diagnostic : *Hernie obturatrice étranglée.*
— Libération intestin : Réduction sans débridement.
— Traitement du sac. O.
— Fermeture du trajet. O.
Mort le lendemain. Collapsus.
- 9) **KRÖNLEIN, cité** — Femme, 71 ans.
dans Picqué et Poirier. — Tableau de hernie obturatrice étranglée, mais l'auteur n'indique pas le diagnostic qui a été fait.

— A l'intervention, on constate l'existence d'une hernie obturatrice étranglée (2^{me} variété de Picqué-Poirier).

Dans le sac on trouve : utérus, ovaire droit, une anse grêle.

Dans l'observation il n'est pas donné d'autre renseignement.

— Mort le lendemain.

II. - VOIE ABDOMINALE

a) LAPAROTOMIE MÉDIANE.

1) GODLEE.

— Femme, 45 ans.

— Diagnostic : étranglement obturateur ou interne.

— Libération intestin : *on ne peut attirer l'intestin; on peut élargir l'orifice au bistouri, mais avec difficulté.*

— Traitement du sac. O.

— Fermeture du trajet. O.

— Mort le lendemain.

2) GRUGET, *Revue de* — Femme, 64 ans,

Chirurgie, 1924. — Diagnostic. Occlusion sur le grêle, de cause inconnue.

— Libération de l'intestin : obtenue assez facilement.

— Traitement du sac. O.

— Fermeture du trajet. O.

— Guérison.

3) DE FOURMES — Homme, 65 ans.

TREAUX, *Société* — Diagnostic : *Hernie obturatrice ancienne étranglée depuis deux jours.*
Chirurgie, Paris, 1927.

— Libération de l'anse. Ne donne pas de précisions sur cette libération qui paraît avoir été facile.

— Traitement du sac : Retournement. Fermeture en bourse sans résection. Fixation à la paroi.

— Fermeture du trajet. O.

— Guérison.

De Fourmestreaux prévoit pratiquer une cure radicale.

4) COTTALARDA, *Jour-* — Femme, 76 ans.

nal de Chirurgie. — Diagnostic : non indiqué.

— Libération anse : très facile après dégagement au doigt du collet herniaire.

— Traitement du sac. O.

— Fermeture du trajet. O.

— Guérison.

5) DESJACQUES et — Homme, 65 ans.

PERRIN. — Diagnostic « Rétrécissement herniaire avec occlusion ».
Lyon Médical.

— Libération intestin est facile.

— Traitement du sac. O.

— Fermeture du trajet. O.

Mort 2 jours après.

b) LAPAROTOMIE SUS-CRURALE ISOLÉE.

- 1) COTTALARDA. — Femme, 70 ans.
Journal de Chi- — Diagnostic : *Hernie obtura-*
rurgie. — *trice étranglée.*
— Libération de l'intestin : est
faite au doigt.
— Traitement du sac. O.
— Fermeture du trajet. O.
— Guérison.
- 2) COTTALARDA. — Femme, 70 ans.
Journal de Chi- — Diagnostic : *Hernie obturatri-*
rurgie. — *ce étranglée.*
— Libération de l'intestin : est
faite au doigt.
— Traitement du sac. O.
— Fermeture du trajet. O.
— Guérison.

III. - VOIES COMBINÉES

- 1) GAUTHIER. *Société* — Femme, 54 ans.
Chirurgie, Paris, — Diagnostic : occlusion coexis-
1925. — tant avec une hernie crurale
réductible.
— Intervention : Incision paral-
lèle à l'arcade crurale pour
traiter la hernie crurale. La-
parotomie médiane permet de

découvrir la cause de l'occlusion.

On utilise les deux voies.

- Libération intestin : par débridement de l'anneau du côté externe.
- Traitement du sac : sac extirpé, collet fermé par l'abdomen.
- Fermeture du trajet (voir page 57).
- Guérison.

2) GAUTHIER. *Société* — Femme, 76 ans.

Chirurgie, Paris, — Diagnostic : occlusion par tumeur sténosante du côlon (probablement).

- Intervention : décide création d'un anus cæcal, mais l'incision montre un cæcum vide. Diagnostic est alors fait : H. O. E.

Voie abdomino-crurale.

a) *Par la laparotomie* : l'intestin ne cède pas aux tractions.

b) *Par voie crurale* : impossibilité de débrider l'anneau qui demeure caché.

On pratique un débridement par voie abdominale

- Traitement du sac. O.
- Fermeture du trajet. O
- Mort le lendemain. (Choc et stercorémie).

3) LUZES.

— Homme, 72 ans.

— Diagnostic : occlusion intestinale.

Voie crurale obturatrice.

Une laparotomie avait permis de faire le diagnostic.

— Intervention. (Voir sa description page 62).

— Mort 4 jours après (insuffisance cardiaque).

4) BONNET. *Lyon Chi.* — Femme âgée.

rurgical, 1926.

— Diagnostic : Hernie crurale irréductible, mais on émet des doutes sur la relation existant entre la hernie et l'occlusion.

a) *Temps crural*. Intervention sur la H. C. Elle ne contient que de l'épiploon.

b) *Temps abdominal*. On fait le diagnostic de H. O. E. Libération facile de l'anse.

c) *Temps obturateur*. Pratique devant la crainte de récurrence, l'orifice interne du trou obturateur restant béant.

— agrandissement de l'incision crurale par dissociation des fibres du pectiné et du moyen adducteur.

— Le sac est dégagé et ouvert.

— On met un drain dans le sac pour obturer le trou obturateur.

Suites opératoires :

Le lendemain, température : 40°2.

Mort dans la matinée.

CONCLUSIONS

Nous proposons, pour la cure opératoire des hernies obturatrices étranglées, une technique nouvelle qui consiste, par la voie crurale, à *réséquer la branche ilio-pubienne*. Cette technique a été employée une fois par M. le docteur CARAVEN, d'Amiens, avec succès, dans un cas d'apparence désespérée.

Seule, elle permet : la réduction *à ciel ouvert* de la hernie, la ligature haute du sac et, dans la mesure où elle est possible, l'oblitération du trajet.

Cette technique peut être suivie d'emblée, si le diagnostic a été fait préalablement.

Si la hernie obturatrice est reconnue, comme c'est le cas le plus fréquent, au cours d'une laparotomie pour occlusion abordée par voie médiane, le mieux est de renoncer à cette voie et de faire une incision crurale pour intervenir suivant la technique indiquée.

Vu : *Le Doyen,*
A. BAUDOUIN.

Vu : *Le Président de Thèse,*
Jean QUÉNU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNARD. — Hernies obturatrices. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*, 2029, p. 3.)
- BONNET. — Le diagnostic et le traitement de la hernie obturatrice étranglée. (*Lyon chirurgical*, février 1926, t. XXIII, p. 44.)
- CARAVEN. — Hernie obturatrice étranglée depuis 12 à 15 jours, abordée par résection ilio-pubienne et guérie. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, décembre 1941, t. LXVII, n^{os} 32-33, p. 915.)
- CORDIER et COULOMA. — Contribution à l'étude de la région obturatrice. (*Echo médical du Nord*, octobre 1936, t. II, p. 653.)
- COTTALARDA et ESCARRAS. — Remarques sur le diagnostic et le traitement de la hernie obturatrice étranglée. (*Bulletin de la Société chirurgicale de Marseille*, mars 1936, p. 167.)
- Considérations sur le diagnostic et le traitement des hernies obturatrices étranglées. (*Journal de Chirurgie*, juillet 1936, t. III, n^o 1, p. 22.)
- DESIACQUES et PERRIN. — Hernie obturatrice étranglée. (*Lyon Médical*, 1937, t. CLIX, p. 330.)
- FOURMESTREUX (DE). — Deux observations de hernie obturatrice. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1927, p. 1293.)
- FREDET. — Remarques à propos d'une pièce de hernie obturatrice. (*Revue de Chirurgie*, 1901, t. XXIII, p. 112.)
- GAUTHIER. — Hernie obturatrice étranglée coexistante avec une hernie crurale réductible. (*Bulletin Société Chirurgie Paris*, 1923, p. 682.)

- Sur une observation de hernie obturatrice étranglée. (*Bulletin Société Chirurgie Paris*, 1925, p. 957.)
- LUZES. — Nouvelle technique chirurgicale pour les hernies obturatrices : voie crurale-obturatrice. (*Congrès de chirurgie de Paris*, 1932, p. 849.)
- MILLIGAN. — The inguinal route for radical cure of obturator hernia. (*British medical journal*, 1919, n° 2, p. 134.)
- NARD. — Sur un cas de hernie obturatrice étranglée traitée au troisième jour par entéro-anastomose latérale, sans réduction du contenu herniaire. (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1935, n° 9, p. 140.)
- PAVLOFF. — Le diagnostic de la hernie obturatrice étranglée. (*Thèse Lyon*, 1922, n° 132.)
- PICQUÉ et POIRIER. — Etude sur la hernie obturatrice. (*Revue de Chirurgie*, 1891, t. XXI, et 1892, t. XXII.)
- QUÉNU. — Traité de Technique. (Masson, édit.) (*A paraître.*)
- ROCHARD. — Les hernies. (Doin, 1904.)
- STEINNEGER. — Zur wahl der methode bei der operation der Hernia obturatoria incarcerata. (*Schweizerische medizinische Wochenschrift* 1921, t. II, n° 13, p. 301.)
- WAKELEY. — *British journal of surgery*, janvier 1939, vol. 26, n° 103, p. 515.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.	11
Notions anatomiques	17
Anatomie pathologique	27
Les causes des hernies obturatrices.	33
Conditions dans lesquelles on est amené à intervenir pour une hernie obturatrice.	37
Les voies d'abord qui ont été utilisées.	41
1.) <i>Les voies d'abord isolées :</i>	
1° Voie d'abord crurale.	42
2° La voie abdominale.	50
3° La voie sous-péritonéale.	55
2.) <i>Les voies combinées :</i>	
1° Voie abdomino-crurale.	56
2° Laparotomie sus-crurale complétée par voie obturatrice.	57
3° Voie combinée crurale obturatrice de Luzes.	62

Une nouvelle voie proposée : crurale avec résection ilio-pubienne.	65
Conduite à tenir.....	83
Observations.	87
Rappel d'observations publiées	95
Conclusions	105
Bibliographie	107

IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE LA
LIBRAIRIE ARNETTE
